

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1906

THÈSE

N°

245

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 3 Mai 1906, à 1 heure

ESSAI

SUR LES

NÉVRALGIES FACIALES

PAR

Fernand LÉVY

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

Président :	M. RAYMOND.	} Professeurs
Juges. . . {	MM. DIEULAFOY.	
	JOFFROY.	
	RÉNON.	

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE

Jules ROUSSET

1, rue Casimir-Delavigne et 12, rue Monsieur-le-Prince

1906

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. DEBOVE.
Professeurs.....		MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		Ch. RICHT.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		N.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		ROGER.
		DEBOVE.
Clinique médicale.....	{	LANDOUZY.
		HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....		DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....		GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies nerveuses.....		
		JOFFROY.
Clinique chirurgicale.....	{	RAYMOND.
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....		RECLUS.
		Dr de LAPERSONNE.
Clinique gynécologique.....		GUYON.
Clinique chirurgicale infantile.....	{	PINARD.
		BUDIN.
		POZZI.
		KIRMISSON.

Agrégés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUYRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU	RICHAUD.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BRINDEAU.	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CLAUDE.	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

Externat 1898

Internat 1905

A MES MAITRES D'EXTERNAT

- M. le Docteur MÉNÉTRIER, 1899.
M. le Professeur GAUCHER, 1901.

A MES MAITRES D'INTERNAT

- M. le Docteur POTHERAT, 1902
M. le Docteur MOIZARD, 1902.
M. le Docteur CUFFER, (*in memoriam*), 1903.
M. le Docteur Du CASTEL, (*in memoriam*), 1904.
M. le Docteur L. GALLIARD, 1904.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MM. les Docteurs A. BRINDEAU, BALTHAZARD,
CLAUDE, L. FOURNIER, GASNE, HUDELO,
QUÉNU, RICHE, SÉBILEAU, SERGENT, SI-
CARD, TEISSIER.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

M. le Professeur CHANTEMESSE.

M. Le Docteur DESGREZ.

A MES MAITRES DANS LA SPÉCIALITÉ

M. le Docteur RODIER, M. le Docteur R. NOGUÉ,
dentistes des hôpitaux.

M, DELAIR.

AVANT-PROPOS

Chaussier le premier paraît avoir introduit dans la littérature médicale le terme de *névralgie*. Il désignait de ce nom l'« affection morbide d'un nerf caractérisée : 1° par la *nature de la douleur* qui est en même temps vive, déchirante, quelquefois et surtout dans son commencement, avec torpeur ou formication, plus souvent avec pulsations, élancements et tiraillements successifs, sans rougeur, sans chaleur, sans tension et gonflement apparent de la partie, qui revient par accès plus ou moins longs et rapprochés, souvent irréguliers, quelquefois périodiques; 2° Par le *siège de la douleur* qui toujours est fixée sur un tronc, sur une branche de nerf, et qui, dans le temps du paroxysme se propage et s'élance du point primitivement affecté sur toutes ses ramifications, les parcourt rapidement comme un éclair jusqu'à leurs dernières extrémités, les suit dans leurs diverses connexions, les affecte tantôt successivement les unes après les autres, tantôt toutes ensemble, ou qui d'autres fois se borne plus particulièrement à un ou deux de ses filaments. »

La distinction de cette affection d'avec celles où la douleur se montre le symptôme prédominant ne

datait guère que du XVIII^e siècle. Et les travaux se précipitent bientôt pour tenter de fixer définitivement les traits de la nouvelle *maladie* avec ses localisations régionales. Le livre de Valleix marquait le couronnement de cette manière de voir qu'ultérieurement, adoptèrent et les auteurs du compendium et Grisolle et Van Lair. Pourtant la réaction ne tardait pas à se faire : l'unité des symptômes qui avait servi à rapprocher les diverses névralgies disparaissait ; l'étude plus approfondie de leurs causes et l'anatomie pathologique les séparait davantage encore. Tandis que, sous cette impulsion, certains les démembraient timidement en névralgies-névrites, ou pseudo-névralgies et névralgies-névroses ou névralgies proprement dites, essayant encore de conserver un semblant d'unité morbide, une troisième catégorie d'auteurs ne les envisageait plus que comme un *syndrome* que caractérise « une douleur paroxystique, rémittente ou intermittente, dont le siège serait limité aux troncs et rameaux nerveux quelle que soit d'ailleurs la cause qui les engendre » (Rigal). C'est l'opinion actuellement admise (Jacoud, Lereboullet, Oppenheim, Bernhardt, Pitres et Vaillard). Pourtant la destruction du cadre des névralgies laissait debout certains des débris, et la sciatique, la névralgie intercostale, la névralgie de la face gardaient l'intégrité relative que l'anatomie topographique suffisait à leur conserver.

HISTORIQUE

La névralgie de la face est peut-être la seule variété dont la connaissance date de bien avant l'invention de la névralgie-maladie. La première trace de son existence paraîtrait être cette phrase d'HIPPOCRATE : « *Phenicis affectio ea quidem erat, dextro oculo, fulgetræ tibi præmicare videbantur, parvoque postea temporis intervallo dolor ad tempus dextrum instabat, deinde per caput ad collum* ». Halliday et Valleix veulent voir dans ARÉTÉE le premier auteur qui fit mention d'une façon nette de la névralgie de la face. Il dit que les formes des céphalées sont infinies, tantôt continues, tantôt par accès. Il est des douleurs qui envahissent toute la tête ; mais « chez d'autres(1) le mal n'attaque qu'une partie soit à droite soit à gauche, de manière qu'il n'y a que la tempe ou l'oreille ou le sourcil ou l'œil ou la moitié du nez du même côté qui souffre, le mal ne s'étendant pas au delà... Cette affection quoiqu'elle ne fasse souffrir que par intervalles et paraisse être légère, n'en est pas moins un mal sérieux et qui, lorsqu'il devient aigu, occasionne des symptômes non moins graves qu'effrayants. Toute la figure se convulse et se contourne en différents sens ; les yeux restent fixes et roides comme un

(1) Trad. Gilbert Ballet.

morceau de corne, ou roulent avec beaucoup de volubilité dans le fond de leurs orbites ; on ressent, dans cette cavité, une douleur profonde qui paraît s'étendre aux membranes du crâne ; il s'élève une sueur que rien n'arrête ».

Au xvii^e siècle on trouve trace de la maladie dans les Mémoires de l'Académie des curieux de la nature. « Ce recueil, dit Halliday, renferme plusieurs faits qui s'y rapportent évidemment » entre autres « le fondateur même de cette Académie, LAURENT BAUSCH, qui succomba épuisé par quatre années de tourments que lui avait fait endurer une névralgie maxillaire ». DANIEL LUDWIG dit même : « J'ai eu assez fréquemment l'occasion d'observer, au dessous de l'un des sourcils, à l'endroit où passe un rameau nerveux de la troisième, une douleur excessivement intense durant de sept heures du matin à midi ou de neuf à deux et résistant au traitement le mieux entendu. »

Ce n'est guère qu'au début du xviii^e siècle qu'on commença à isoler la névralgie de la face, et WEPFER paraît être le premier qui en publia une observation nette. Il s'agit d'une névralgie des deux premières branches avec secousses épileptiformes des muscles de la face chez une femme de soixante ans. « La douleur (1) vient subitement, occupe cette partie de la joue droite qui est au-dessous de la paupière inférieure, là où se trouve le grand os de la mâchoire supérieure ; de là elle s'étend vers la tempe, elle occupe en même temps le front au-dessus de l'œil, la moitié droite du nez et cette partie de la lèvre

(1) Trad. Halliday.

qui est sous l'aile droite du nez ; le moindre contact y est presque insupportable. Cette douleur tourmente cruellement la partie postérieure de l'œil qu'elle fait rentrer en quelque sorte dans l'orbite, et détermine un écoulement abondant de larmes. Les gencives de la mâchoire supérieure sont aussi douloureuses, quoique toutes les dents en aient été depuis longtemps arrachées. On remarque du côté droit un tiraillement de l'aile du nez, d'une partie de la lèvre supérieure et de la portion voisine de la joue. . . La douleur est lancinante, brûlante, pongitive, presque intolérable, mais courte et momentanée, revenant une ou plusieurs fois par semaine, par jour, même par heure. Aujourd'hui au moment où j'ai vu la malade, elle a éprouvé plus de six accès dans une heure ; chaque fois les larmes ont coulé de l'œil droit seulement qui était rouge. La lèvre supérieure droite a éprouvé un tremblement, puis une rétraction en arrière avec l'aile du nez. . . La douleur monte parfois au sinciput, au vertex, d'où elle descend vers le cou. Je pense que le mal réside dans le nerf qui répand ses filets dans l'orbite, dans l'os maxillaire supérieur et les racines des dents, sort par le trou sous orbitaire, et se répand dans la supérieure et l'aile du nez ».

D'après Siebold, dès 1724 DEGNER en publia une bonne observation sous le titre : « *De dolore quodam perraro acerboque maxillæ sinistræ partes occupante et per paroxysmos occurrente* ».

FRÉDÉRIC HOFFMANN parla de la maladie. Mais ce n'est qu'au milieu du XVIII^e siècle qu'elle fit l'objet de travaux spéciaux.

ANDRÉ le premier décrivit sa forme rebelle, la plus grave, sous le nom de *tic douloureux* « puisque les deux termes désignent des contorsions et des grimaces accompagnées de violentes douleurs et presque insupportables ». C'est dit-il « une maladie cruelle et obscure qui cause dans certaines parties du corps, principalement à la face, des agitations violentes, fait faire à cette partie des grimaces hideuses qui mettent un obstacle invincible à la réception des aliments, qui éloignent le sommeil, interceptent et lient souvent l'usage de la parole : agitations qui, quoique vagues et périodiques en elles-mêmes, sont néanmoins si fréquentes qu'elles se font sentir plusieurs fois dans un jour, dans une heure, quelquefois sont sans relâche et se renouvellent à chaque minute. Enfin lorsque ceux qui sont atteints de cette maladie veulent articuler quelques mots, ou remuer la partie affectée, aussitôt le nerf morbifié entre en contraction et leur ôte la libre faculté d'agir. »

Après avoir parlé de la rareté de la maladie qu'il décrit, il ajoute : « J'en ai reconnu une *d'une autre espèce* qui approchait beaucoup de celle-ci.

Elle consistait dans des douleurs convulsives passagères dont les paroxysmes duraient trois à quatre heures de suite à des heures marquées, et dont les retours des accès se manifestaient comme dans les fièvres intermittentes, et dont les malades avaient deux et trois accès dans les 24 heures ; les douleurs étaient très vives et très aiguës sans qu'elles causassent aucune altération extérieure et sensible à la peau ; les malades se plaignaient seulement de dou-

leur lancinante dans le globe de l'œil, au-dessus et au-dessous de l'orbite ; ils y portaient toujours la main et se plaignaient de sentir sur ces endroits de grands battements, des élancements, des tiraillements et des mouvements de secousses et de palpitations. Tous ces malades, dans les commencements, avaient le pouls serré et peu de fièvre, de grands maux de tête, des rhumes ou des catharres, étaient enchifrenés, et ne crachaient ni ne mouchaient. »

André croit ces névralgies d'une autre nature que le tic douloureux et les considère comme dues à un « engorgement de la membrane pituitaire ». Du reste elles cèdent rapidement aux saignées. D'autre part, il admet que les personnes atteintes de tic douloureux ont « un même vice dans les humeurs ».

Pourtant il avoue qu'il avait pensé au début soit à une lésion scorbutique, soit à une lésion due à la carie dentaire.

C'est d'ailleurs cette forme qui attira d'emblée l'attention. On l'appela *trismus dolorificus*, *trismus arthriticus*, *affectus spamodico-convulsivus labiorum*.

SAUVAGES (1763) la dénommait *trismus dolorificus*, *nystagmus maxillaris*.

FOTHERGILL, qui le considère comme une affection cancéreuse de la femme l'appela *dolor faciei*, *painful affection of the face, of the nerve of the face*. Il en laisse une fort bonne description : « Après des commencements imperceptibles, une douleur s'empare de quelques parties de la face ou d'un côté de la tête : c'est tantôt l'orbite, tantôt les os malaires, quelquefois les os temporaux, qui sont les parties

affectées. La douleur vient subitement ; elle est excruciante, mais elle ne dure qu'un court espace de temps, peut être le quart de la moitié d'une minute ; puis elle disparaît pour reparaître à des intervalles irréguliers. Quelquefois ces intervalles sont d'une demie heure ; dans d'autres cas la douleur se reproduit trois ou quatre fois dans l'espace de quelques minutes. Elle revient aussi souvent le jour que la nuit et peut être déterminée par l'action de manger, de parler ou le moindre mouvement des muscles de la face. »

Il distingue bien cette douleur de l'odontalgie. Il l'attribue à une « acrimonie corrosive, cancéreuse, parcourant une certaine série de vaisseaux. »

THOURET (1782) la dénomine *affection douloureuse de la face*. REIL, PLOUCQUET, SIMON, SWEDJAUR : *prosopalgia* ; PUJOL : *maladie de la face* ; MONRO : *dolor periodicus* ; SIEBOLD : *dolor faciei typico caractere* ; GOOD : *Nevralgia faciei*.

CHAUSSIER au commencement du XIX^e siècle (1803) publie une « Table synoptique de la névralgie ». Il forge le nom sous lequel elle est le plus connue, de *névralgie faciale*. Il précise le siège de la maladie dont il décrit quatre variétés : frontale, sous-orbitaire, maxillaire et enfin névralgie du nerf facial. Valleix reproche à la classification de Chaussier d'être peu clinique parce que trop anatomique. Sans avoir vu de malades, on peut se la représenter « en se rappelant le trajet des nerfs et de leurs anastomoses, et en faisant voyager la douleur dans toutes ses parties ».

HALLIDAY l'appelle *névralgie de la face*. C'est la

traduction littérale qu'en ont fait les Allemands : *Gesichtsschmerz*.

VALLEIX la dénomme *névralgie trifaciale*. Il l'étudie par « la méthode analytique et numérique » dont la base est l'observation. 55 observations des auteurs et 14 personnelles lui ont servi pour son traité. Après lui, les travaux se firent si nombreux qu'il est difficile de les tous citer. Signalons les articles du Dictionnaire Jaccoud (Gintrac), Dechambre (Troisier), des Allemands (Erb, Bernhardt), de MM. Pitres et Vaillard, etc., etc.

En somme on peut distinguer quatre périodes dans l'histoire de la névralgie faciale :

1^{re} période. — La névralgie faciale est mentionnée, mais n'est pas encore isolée des autres douleurs (Aretée).

2^e période. — Des observations sont publiées (Wepfer).

3^e période. — On condense, on réunit ces observations, et on décrit une maladie à part. (André, Fothergill, Thouret, Pujol).

4^e période. — La névralgie faciale est encore mieux étudiée. On discute ses origines (5^e ou 7^e paire), on approfondit sa pathogénie.

DÉFINITION

Bernhardt sous le nom de neuralgie des nervus Trigeminus désigne « des états douloureux qui siègent dans la sphère et le territoire des branches sensibles du nerf trijumeau ».

Ce territoire comprend la peau de la face et de la tête jusqu'à une ligne passant entre l'hélix et l'anthélix ; les muqueuses des organes des sens : conjonctive bulbaire et palpébrale, muqueuse du nez et de ses cavités, muqueuse de la bouche, de la langue, du palais et des amygdales ; l'oreille moyenne et la trompe d'Eustache.

Le nerf de la 5^e paire fournit en outre les filets sensibles de la pulpe dentaire, des muscles du visage et des yeux. C'est aussi à lui que ressortit l'innervation d'une partie de la dure-mère.

ÉTIOLOGIE

L'étiologie des névralgies de la face n'est ni simple ni univoque et l'étude de leurs origines se confond avec celles même de la douleur. Si pour certaines la pathogénie s'éclaire d'elle-même par l'évolution et qu'elle se juge par l'adage : *sublata causa tollitur effectus*, il en est d'autres, (et ce ne sont pas les moins rebelles), où l'on cherche en vain toutes les données étiologiques habituelles, et où l'on finit par se heurter en dernière analyse à ces mots de tempérament et de constitution qui résument à notre ignorance tous les secrets de l'hérédité et toutes les tares acquises de l'individu.

Cela revient à dire qu'il est des névralgies faciales de cause évidente, que tous placés dans les mêmes conditions nous sommes aptes à contracter. Les provoquent, toutes les irritations mécaniques où inflammatoires qui viennent sur le trijumeau, de ses noyaux à ses expansions terminales. A côté de cette classe tout à fait autonome pour laquelle on peut sans hésiter prononcer le mot de névríte, il est des névralgies faciales de cause obscure que caractérisent leur ténacité, leur persistance, leur résistance à tous les moyens thérapeutiques. En cherchant vous pourrez trouver toutes les variétés d'irrita-

tions banales déjà signalées, mais l'intervention efficace qui juge la première forme sera sans résultat pour celle-ci. Avulsions dentaires, grattage des alvéoles, résections du maxillaire et arrachements nerveux, rien n'en vient à bout. L'arthritisme ou mieux le neuro-arthritisme a marqué de sa griffe cette névralgie : il l'a faite sienne. C'est à cette catégorie qu'appartient le vrai tic douloureux.

En somme de par les insuccès thérapeutiques, de par les données cliniques, de par l'étude approfondie des antécédents du sujet, nous sommes amené à distinguer 2 grandes variétés de névralgies faciales :

1^o *La petite névralgie faciale, neuralgia minor*, petite non point peut-être par l'intensité des douleurs qu'elle provoque, mais petite en général par le facile démêlement de ses causes vraies, petite par sa durée ordinairement courte, par l'absence de récurrences, et sa sédation prompte au traitement approprié.

2^o *La grande névralgie faciale, neuralgia quinti major*, dont la recherche des causes se perd dans celles du tempérament et de la constitution, dont la longue durée, les nombreuses récurrences, la ténacité, la résistance aux traitements médicaux ou chirurgicaux forment les caractéristiques essentielles.

La première se peut rencontrer à toutes les époques de la vie, la seconde est souvent la maladie des gens âgés.

La petite névralgie faciale succède à l'irritation mécanique ou inflammatoire prolongée du ganglion de Gasser, du tronc du trijumeau, de ses branches et de leurs terminaisons nerveuses, cutanées, muqueuses, musculaires, osseuses.

A la genèse de la grande névralgie se retrouvent le nervosisme, la migraine et l'épilepsie derrière lesquels se cache la cause locale qui a joué le rôle d'épine irritative.

Au résumé on peut dire qu'il existe :

1° *Les névralgies faciales-symptômes*, ou plutôt syndromes ressortissant à une foule de causes.

2° *La névralgie faciale-maladie*, peut être du ganglion de Gasser, à coup sûr des centres nerveux et dont l'entité est faite par son unité étiologique.

Fréquence. — Il est assez difficile d'apprécier la *fréquence absolue* de la névralgie de la face. Mal élucidée dans les débuts, elle parut dans la suite augmenter parce que'on la rechercha avec plus de soin. C'est ainsi que, d'après les auteurs du compendium, sur 1449 sujets ayant passé à la clinique de Tubingue on ne nota que 7 névralgies de la face. Sur 5612 malades, Bellingeri ne la trouva que 40 fois. Chaponnière pense que 1 malade sur 200 environ en est atteint.

Eu égard aux autres névralgies, VALLEIX la trouve 217 fois, pour 127 sciatiques et 54 intercostales.

GINTRAC la place par ordre de fréquence décroissante après la névralgie intercostale et la sciatique.

EULENBURG la met au premier rang, donne le second à la névralgie intercostale et le troisième à la sciatique.

LACHNIT classe les névralgies par fréquence décroissante, dans l'ordre suivant : névralgies du trijumeau, intercostale, sciatique, névralgie occipitale, brachiale, abdominale.

CONRAD la met en seconde ligne après la sciatique et avant l'intercostale.

BERNHARDT, dans sa classification des névralgies basée sur ses statistiques, donne l'ordre suivant : sciatique, névralgie du trijumeau, névralgie brachiale, intercostale, occipitale, crurale, lumbo-abdominale et enfin, coccygodynie.

PITRES et ROZIER citent la statistique de DANA qui sur 453 cas de névralgie observe la faciale 186 fois (41 p. 100), la sciatique 118 fois (28 p. 100), l'intercostale 59 fois (13 p. 100). Ils prétendent comme lui que la névralgie faciale est de toutes la plus fréquente.

On le voit donc, la névralgie trifaciale est une des plus importantes. C'est que la distribution du nerf, la grande étendue du territoire innervé, le passage de beaucoup de ses branches dans d'étroits canaux, la richesse de ses ramifications nerveuses et la distribution à des cavités muqueuses particulièrement exposées, toutes ces raisons anatomo-physiologiques expliquent fort bien la fréquence de l'affection.

Un seul *côté* de la face droit ou gauche est généralement envahi. Assez exceptionnellement les deux moitiés du visage sont simultanément atteints de névralgies. Mais il n'est pas très rare de voir une sorte de balancement : un côté est atteint, puis l'autre ; mais, dans ces cas, on trouve toujours une différence d'intensité et de durée des phénomènes douloureux.

A un examen superficiel la névralgie faciale semble se localiser de préférence à une seule des trois branches du nerf. Valleix fait très justement remarquer que presque toujours il y a ou il y eu des

élancements douloureux dans une ou dans les deux autres branches du trijumeau. Et il calcule que la proportion des névralgies bornées à une branche à celles plus étendues est comme le rapport de 2 à 7.

Bernhardt, tout en reconnaissant que la limitation anatomique exacte n'est pas la règle, donne d'après l'examen de 150 cas les chiffres suivants :

Névralgies limitées à une seule branche...	139
Névralgies étendues à 2 branches.....	11

Toujours d'après sa statistique, la névralgie de la branche ophtalmique serait la plus fréquente : elle comprend plus des 2/3 des cas, 101 sur 139. La 2^e branche ne fut prise que 27 fois, le nerf maxillaire inférieur dans 11 cas seulement.

Les côtés droit et gauche sont à peu près également touchés. Sur 120 cas pour lesquels il a des données suffisantes, Bernhardt a vu la première branche atteinte 87 fois, dont 83 d'un seul côté, 4 des deux. Sur 22 névralgies du maxillaire supérieur il en a noté 21 d'un seul côté, 1 des deux.

Sur 11 névralgies du maxillaire inférieur il y en avait 10 d'unilatérales, 1 bilatérale.

Age. — FOTHERGILL affirme que la névralgie de la face ne se développe pas avant 40 ans. Sur 18 cas il n'en a pas vu un seul survenu avant cet âge. MASIVS qui réunit 200 observations a trouvé 6 malades âgés de 9 à 30 ans, 188 âgés de 30 à 60, 6 de 60 à 80 ans. CHAPONNIÈRE tenant compte de la différence des sexes donne 2 tableaux que voici fusionnés :

2	de	1	à	10	ans
12	»	10	à	20	»
26	»	20	à	30	»
23	»	30	à	40	»
24	»	40	à	50	»
17	»	50	à	60	»
11	»	60	à	70	»
4	»	70	à	80	»

Le maximum de morbidité serait donc de 30 à 50 ans.

VALLÉIX qui a seulement observé dans des hôpitaux d'adultes fournit de ses 14 cas personnels la statistique suivante :

		20	ans	4
de	20	à	30	» 4
de	30	à	40	» 4
de	40	à	50	» 1
Au-dessus de	60		»	1

VAN-LAIR, SANDRAS la nient absolument chez l'enfant où elle n'existerait pas probablement, pense Van-Lair à cause du développement imparfait de l'appareil cérébro-spinal. GUNTHER a cependant observé une névralgie faciale chez un enfant de 9 ans.

ROWLAND a décrit un cas de névralgie trifaciale chez une petite fille. En général tous les auteurs sont d'accord pour dire qu'il est exceptionnel de voir la névralgie avant 20 ans, La statistique de BERNHARDT lui fournit 7 malades au dessous de 20 ans, 107 de 20 à 50 et 36 après 50 ans. Nous donnons ci-dessous son tableau.

AGE	1 ^{er} br.	2 ^e br.	3 ^e br.	1 ^{re} et 2 ^e br.	2 ^e et 3 ^e br.	
1-9 ans	1	0	0	0	0	
10-19 —	6	0	0	0	0	
20-29 —	32	4	4	1	0	
30-39 —	27	8	0	1	1	
40-49 —	19	6	2	1	1	
50-59 —	9	6	2	0	5	
60-69 —	6	3	3	1	0	
70-79 —	1	0	0	0	0	
	101	27	11	4	7	

Ce sont là du reste les résultats donnés par la majorité des auteurs, qui admettent que la névralgie du trijumeau très rare dans l'enfance et dans la vieillesse, apparaît surtout entre 20 et 60 ans.

Cependant ANSTIE et ERB admettent que les névralgies les plus graves et les moins curables se montrent à un âge avancé.

Sexe. — Les auteurs sont moins d'accord sur le sexe que sur l'âge.

Les *femmes* sont plus souvent atteintes d'après Fothergill, Pujol, Gunther, Siebold, Hartmann, Méglin, Reverdit, Rennes (2/3). Les 14 cas de Valleix comportent 10 femmes et 4 hommes. Hasse sur 57 cas donne 30 femmes et 27 hommes ; Erb sur 72, 51 femmes et 21 hommes.

Au contraire, Thouret, J. Frank, Bellingeri,
Lévy

Bernhardt (97/52) ont compté plus d'*hommes* que de femmes.

Chaponnière croit les *deux sexes également prédisposés*. Sur 253 individus, 135 étaient du sexe féminin, 120 du sexe masculin. Cependant ses statistiques lui démontrent que les hommes ont surtout des névralgies de la face entre 20 et 30 ans, les femmes entre 30 et 40. Quoiqu'il en soit, il est un certain nombre de conditions (menstruation, grossesse, lactation, ménopause), qui influencent certainement la névralgie faciale chez la femme, et nous même avons observé 2 cas de névralgie faciale apparue au moment, sinon à l'occasion de l'allaitement. Valleix avait le premier attiré l'attention sur l'état des règles. Dans ses 10 observations personnelles il trouva les menstrues régulières une seule fois ; sur 7 observations des auteurs qui mentionnent les règles, il les trouve trois fois normales, 4 fois supprimées depuis plus ou moins longtemps. Dans un de ces cas la suppression précéda immédiatement le début de la névralgie. « Les troubles de la menstruation, dit-il, ont donc paru avoir quelque liaison avec la névralgie dans un peu plus de la moitié des cas. » A l'occasion de la ménopause, une névralgie faciale peut se manifester.

Climat, Saisons. — MÉGLIN n'admettait pas l'existence de la prosopalgie dans les contrées chaudes et ne croyait pas qu'elle existât en Italie. BELLINGERI se chargea bientôt de démentir cette assertion. CHAPONNIÈRE qui a colligé les observations de journaux cite par ordre de fréquence décroissante la

France, l'Allemagne et l'Italie. VALLEIX ne dit rien de précis à ce sujet. Il ne reste pas dans la même incertitude en ce qui concerne les saisons : il a noté les névralgies chez les $\frac{4}{5}$ des sujets pendant les 6 mois froids de l'année. Bellingeri affirme qu'on les retrouve surtout en automne et au printemps. Rennes penche en faveur de l'hiver. C'est aussi l'avis de Hasse. Erb n'admet pas l'influence du froid, Bernhardt a contrôlé sur 67 cas ; il en conclut que la névralgie faciale revient surtout à 2 époques de l'année : en mars-avril, en octobre-novembre. Quoiqu'il en soit, il est évident que *le froid*, que *l'humidité*, que *les brusques variations atmosphériques* jouent un rôle des plus nets dans la genèse des névralgies faciales. Cette influence du froid est expliquée de façon différente suivant les auteurs.

Les uns la considèrent comme une cause puissante ; pour les autres elle est tout à fait secondaire.

Les écrivains du Compendium citent des exemples de l'influence du froid. « Un chirurgien ayant le visage en sueur s'arrête un instant pour s'essuyer la figure : c'était au mois de janvier, il neigeait très fort, cet homme ressentit tout à coup un si grand froid, qu'il lui sembla qu'on lui appliquait de la glace ; le soir même les douleurs névralgiques se manifestèrent (Thouret). Une dame est atteinte pour avoir, dans un bal, exposé son visage couvert de sueur à un courant d'air (Masius). Une femme étant en sueur, entre dans une cave humide et froide : la maladie se déclare (Schæffer) ; une autre se repose sur une terre humide et fraîche

(Perroud). Deux prêtres qui habitèrent successivement la même maison exposée au vent de l'Ouest furent affectés de névralgies sus-orbitaires, l'un à gauche, l'autre à droite. Un sénateur s'étant promené en voiture le 1^{er} janvier 1814, par un temps froid et humide avec la glace de la portière ouverte à droite, sentit l'air froid et humide sur son visage, et fut pris de névralgie sous-orbitaire de ce côté; la maladie dure depuis 20 ans. Une dame est affectée d'une névralgie sus-orbitaire gauche après s'être tenue à une fenêtre qui donnait sur la mer dans un moment où il soufflait un vent froid et humide. (Bellingeri). Nous pourrions multiplier ces citations à l'infini. »

RIGAL croit « avec Anstie que l'action prolongée d'un froid sec ou humide sur toute la périphérie du corps est de médiocre importance ». Il n'en est pas de même *d'un froid subit et limité* qui « agit comme un véritable agent traumatique ». Il cite son observation personnelle de névralgie trifaciale qui dura 5 jours. Elle « fut manifestement causée par un coup de vent glacial que je fus obligé de subir dans une immobilité complète. La névralgie fut exactement localisée au côté frappé par le vent; elle se développa quelques instants après la cessation de la cause au milieu de la santé la plus parfaite. »

Certains auteurs ont appelé ces formes *névralgies rhumatismales*. LEUBE va même jusqu'à dire que le froid agit seulement comme cause occasionnelle.

En somme c'est le rhumatisme articulaire aigu qui se présenterait sous l'aspect d'une névralgie du trijumeau. SANDRAS est d'avis qu'il faut s'entendre,

et après avoir défini le rhumatisme « une maladie inflammatoire générale, aiguë ou chronique, pyréti-que, localisant sur un ou plusieurs points de l'éco-nomie, mais principalement sur les séreuses, des éléments de phlegmasie » admet que « l'organisme une fois troublé par cet état morbide » est prédis-posé aux névralgies ; mais il ne veut pas qu'on con-sidère comme rhumatismale une névralgie par cette seule raison que la région malade a été soumise au froid humide ou qu'on ne peut trouver de cause évidente aux crises douloureuses.

TROUSSEAU caractérise la névralgie rhumatismale par sa mobilité et l'existence d'antécédents articu-laires.

Du reste dans tous ces cas, on peut se demander surtout pour les cas aigus, si la névralgie n'est pas d'origine dentaire. On connaît en effet l'influence du froid sur les dents, non seulement du froid géné-ral, mais de la réfrigération locale que produisent l'ingestion des aliments liquides ou non. Il en ré-sulte un accès de névralgie pulpaire ou pulpo-irradiante si, bien entendu, préexistait une carie.

Professions. — Il n'apparaît pas *a priori* évident que certaines professions prédisposent particulière-ment à la névralgie faciale. Cependant Reverdit, Rennes l'ont vu plus fréquemment chez des cuisi-niers!

Emotions. — Les *émotions* (colères, peur), sont souvent incriminées par les malades. Si leur rôle prédisposant n'est pas douteux, si souvent le début de la névralgie s'est manifesté à leur occasion, il est cependant impossible de les considérer comme cau-ses déterminantes.

PETITE NÉVRALGIE FACIALE

Toutes les généralités que nous venons d'énumérer s'adressent à la névralgie faciale en général, mais surtout à la forme banale la plus commune, dont nous allons nous occuper maintenant, de la petite névralgie faciale. Sa présence en effet s'expliquera pas la constatation sur un point du trajet de la 5^e paire, depuis les expansions terminales jusqu'au ganglion de Gasser, d'un agent irritatif entretenant les douleurs tant qu'il subsiste.

Nous suivrons le nerf trijumeau de ses terminaisons cutanéomuqueuses à ses racines.

I. TERMINAISONS DU TRIJUMEAU

a) BOUCHE. — Au tout premier rang nous devons placer la *névralgie des filets dentaires* et gingivodentaires.

Dès 1814, DUVAL qui la connaissait bien, faisait remarquer qu'il est des névralgies en apparence d'origine dentaire, mais qui ne cédaient pas à l'extirpation de ces organes. CHAPONNIÈRE croit que les névralgies par carie dentaire ou par exostose sont très rares « car, dit-il, il est bien peu d'observations dans lesquelles on ne vise que les individus affectés

se sont fait extraire que plusieurs dents dans l'espoir d'alléger leurs douleurs sans obtenir par là, le moindre soulagement. » BÉRARD cite « une névralgie entretenue par une tumeur ostéiforme développée à la racine d'une dent. L'extraction de celle-ci fit cesser la maladie. Il est rare que cette opération ait un semblable résultat ». Il insiste sur l'erreur fréquente « qui consiste à prendre un tic douloureux pour une odontalgie... L'extraction des dents parfaitement saines et qu'on eut pu conserver n'est pas le seul inconvénient de la méprise dont je parle. On a vu les douleurs du tic exaspérées par cette opération. » Plus loin Bérard ajoute : « une névralgie fut guérie... par l'extraction d'une dent dont la racine portait une exostose; une autre, qui avait duré 15 ans, par l'excision d'une portion de l'arcade alvéolaire supérieure (ce fait m'a été communiqué par un collègue, M. Velpeau); une autre par l'extraction de deux molaires cariées (clinique de M. Piorry : c'était une névralgie temporale). Je ne cite qu'*à regret* les exemples de névralgies guéries par l'arrachement des dents parce qu'il n'est que trop ordinaire de voir des individus dont on a presque complètement dégarni les mâchoires, et sans rien changer à la marche de leur maladie. »

MONNERET et FLEURY citent négligemment la carie dentaire comme cause de névralgie mais sans insister ni pour ni contre.

VALLEIX ne l'admet guère. Sur 11 cas tant personnels qu'appartenant aux auteurs, 9 se rapportent à des malades qui présentaient des caries ; 4 sujets n'avaient jamais ressenti de douleurs de dents; 6

qui croyaient pouvoir incriminer leurs dents n'obtinrent de l'avulsion aucun soulagement, mais parfois même les douleurs s'exacerbèrent. Enfin chez un sujet indemne auparavant de névralgies, celles-ci « commencèrent 1/4 d'heure après l'extraction d'une dent canine siège d'une simple odontalgie ». Cependant en 1843 il publia un cas de névralgie faciale dont la cause évidente était une carie dentaire.

NEUCOURT, dans une série de mémoires parus dans les *Archives générales de Médecine* revint sur la question et montra la grande fréquence de la carie dentaire comme cause de névralgie faciale. « L'histoire de la carie dentaire se lie si intimement à celle de la névralgie faciale que l'étude de la première peut être considérée comme le préliminaire indispensable de celle de la seconde ; attendu qu'il est des cas dans lesquels il est extrêmement difficile pour ne pas dire impossible, d'affirmer si les symptômes observés tiennent à une névralgie pure ou à une carie dentaire. Le dédain avec lequel on a l'habitude de traiter cette question n'est nullement justifié, et les faits observés tous les jours dans la pratique médicale prouvent qu'on ne saurait mettre trop de réserve dans le jugement qu'on est souvent appelé à porter. »

Il essaie de réagir contre l'opposition de Bérard à l'avulsion des dents. « Rejeter, dit-il l'usage raisonnable à cause de l'abus serait tomber dans l'excès contraire » et il veut « essayer de faire voir combien le rôle des dents est important pour la production de la névralgie faciale ».

Il distingue plusieurs cas :

1° « La dent elle-même est le siège de la douleur ». C'est le plus fréquent (odontalgie) : le malade a une « rage de dents » typique.

2° A la suite d'une douleur de dents aiguë, survient une fluxion de la joue s'accompagnant le plus souvent d'un abcès net ou à peine perceptible.

3° Des douleurs dans tout un côté de la face reviennent plusieurs jours de suite par crises violentes. Bientôt elles se limitent sur un endroit de l'arcade dentaire : une dent en général devient sensible à la pression. La terminaison se fait par abcès.

4° Il y a des cas de névralgie faciale pure dus à des caries dentaires, durant l'évolution desquelles le malade ne se doute pas de la cause réelle de ses souffrances. Les dents malades n'étant sensibles ni spontanément, ni à la percussion, « c'est à la mâchoire entière que les patients rapportaient leurs souffrances ». Pourtant, si on attire l'attention du sujet, il lui semble qu'une dent est plus particulièrement douloureuse au moment de la crise.

5° Il est des névralgies faciales où la dent cariée qui les provoque ne devient douloureuse que plusieurs mois après le début.

Il prouve par des observations « qu'il y a des caries dentaires qui simulent parfaitement la névralgie faciale et que le seul moyen de guérison est l'extraction des dents ». Mais NEUCOURT attire aussi l'attention sur les individus souffrant de névralgies faciales et porteurs de caries où l'avulsion des dents n'a pas donné le soulagement qu'on en attendait. Néanmoins « l'attention du médecin doit être fixée

sur l'état de la bouche soit pour ne pas enlever les dents même cariées lorsque la névralgie en est indépendante et que le malade est prévenu de l'inutilité de cette opération : soit pour décider si des névralgies ne sont pas dues à des dents cariées dont l'extraction délivre complètement le malade ». Mais il va beaucoup trop loin en voulant faire de la névralgie faciale une des causes de la carie dentaire.

ANSTIE admet l'influence des dents malades qui même peuvent provoquer de la névralgie à distance, cervico-brachiale (Satter). Cependant étant données, d'une part l'extrême fréquence de la carie, de l'autre la rareté de la névralgie vraie, il ne se croit pas autorisé à conclure que la première joue un rôle important dans l'étiologie de la seconde. TOMES affirme la fréquence de la névralgie faciale d'origine dentaire. Non seulement on ne soupçonne pas dans bien des cas les dents, mais encore les névralgies faciales d'origine dentaire (névralgie pulpaire) cèdent à la quinine administrée d'une façon préventive.

Après M. PIETKIEWICZ, M. FERRIER décrit les très nombreuses « névralgies réflexes d'origine dentaire ».

M. CRUET insiste sur ces névralgies dues aux « affections du système dentaire et de ses annexes ».

Il faut bien dire qu'il n'y a au fond de ces divergences des auteurs qu'une discussion des mots. Si on veut distinguer de la névralgie du trijumeau l'odontalgie ou névralgie pulpaire (Tomes) on a raison de soutenir que la névralgie faciale a rarement une origine dentaire. Si l'on veut faire une classe à part du tic douloureux et dénommer cette affection seule

névralgie du trijumeau, on est en droit d'affirmer qu'exceptionnellement la carie dentaire est cause de névralgie faciale. Mais cette distinction a-t-elle raison d'être ? Que la cinquième paire souffre dans ses rameaux dentaires ou extra-dentaires, c'est toujours de la névralgie trifaciale. Et cela est si vrai qu'on a observé tous les échelons depuis la douleur exactement limitée à une dent gatée jusqu'aux névralgies typiques, toutes dues à l'infection dentaire.

MM. Pietkiewicz et Ferrier se sont donc justement refusés à dissocier l'odontalgie de la névralgie faciale, l'une n'étant qu'une modalité, une forme atténuée de l'autre. Voilà pourquoi il ne faut jamais comme jadis, négliger l'examen soigneux des dents. La dent réellement cause de la névralgie peut échapper à une exploration superficielle et les malades induisent souvent le médecin en erreur (Tomes).

L'identité de la névralgie faciale et de l'odontalgie étant admise, on peut dire que la carie dentaire joue un rôle important dans l'étiologie de la névralgie du trijumeau.

Pour nous qui croyons devoir diviser la névralgie faciale en grande névralgie et petite névralgie, nous disons que la petite névralgie a très souvent une origine dentaire ; la grande, à peu près jamais, quoiqu'elle débute fréquemment par des « maux de dents ».

Nous nous déclarons incapables de résoudre la question de savoir si à la genèse du tic douloureux ne se trouve pas une irritation d'origine dentaire. Mais si tant est que celle-ci existe, elle est bientôt reléguée au second plan, et ni les soins, ni les avul-

sions dentaires, ni même les résections du rebord alvéolaire ne sont capables de *guérir* la maladie.

C'est du reste trop souvent l'échec de tous ces traitements qui fait reconnaître le tic douloureux. Beaucoup d'auteurs ont voulu voir l'origine de cette affection qui éclot sur les terrains neuro-arthritiques, dans un processus de névrite ascendante causée et entretenue par une lésion d'origine dentaire soit cicatrisation alvéolaire simple, soit (c'est l'opinion de Gross, Duplay, Cruet, Dana, Gillet), formation de petits névromes que comprime le tissu alvéolaire.

La névralgie peut être la conséquence d'un phénomène physiologique, l'*éruption dentaire*. On n'en connaît pas de cas au moment de la percée des dents de lait. Pour la dentition définitive M. Ferrer en a signalé quelques-uns. Il peut se produire, à la suite du bourgeonnement de la gencive et de l'infection consécutive, des caries surtout localisées au collet ou de la périostite. Mais les névralgies faciales comptent parmi les accidents fréquents d'éruption de la dent de sagesse. Au niveau de cet organe encore dissimulé sous les parties molles, il peut se produire un processus d'ulcération de la gencive avec ou sans ulcération : des crises douloureuse s'en suivent. C'est surtout le cas des troisièmes molaires inférieures. Quand ces organes encore inclus dans le maxillaire, essaient de se frayer un chemin au travers de l'espace trop étroit que délimitent la seconde grosse molaire et la branche montante de l'os, il se produit de très vives douleurs névralgiques par distension. Plus tard la

dent de sagesse affleure à l'arcade dentaire ; elle enflamme et ulcère bientôt les parties molles sus-jacentes. A peine sa couronne fait-elle sa l'lie qu'autour d'elle se constitue un clapier ulcéro-suppurant, qui développe et entretient des douleurs dans la sphère du trijumeau. Enfin, à la suite de ces difficultés de sortie, il arrive que la troisième molaire soit déviée. Sa couronne « vient buter contre les racines de la deuxième molaire, d'où névralgie par périostite et pulpite » ; ses racines « compriment le nerf dentaire dans son canal ». S'inclinant enfin en dehors la dent ulcère la joue.

Chez les sujets avancés en âge, l'exagération d'un autre phénomène physiologique est fonction de névralgie. On sait que la pulpe, centre vital de la dent, diminue de volume chez le vieillard tandis que prolifère l'ivoire environnant. Ce processus est parfois si évident qu'on trouve chez certains une chambre pulpaire presque virtuelle. Or il arrive chez les arthritiques surtout, que la calcification de la pulpe s'opère très vivement, que l'organe se trouve enserré dans des noyaux de dentine secondaire comprimant ses nerfs (Duplay, Bœennecken).

Bien plus nombreuses sont les prosopalgies dont la cause prochaine est un phénomène pathologique dentaire. C'est tout d'abord la *carie*. Celle-ci peut être définie : une ulcération progressive et nécrosante des tissus de la dent due à des actions chimiques d'ordre microbien ou non. Elle est naturellement une porte d'entrée à l'infection des nerfs dentaires. Qu'elle soit superficielle ou pénétrante (pulpite aiguë, chronique), qu'elle provoque de la périostite

alvéolo-dentaire avec ou sans abcès, sa symptomatologie se constitue presque toute de crises de névralgie faciale.

L'obturation de ces caries surtout pénétrantes quand la désinfection de l'organe dentaire n'a pas été suffisante, l'oblitération trop hâtive de racines malades provoquent une névralgie. De même si la matière à obturation, surtout si c'est de l'amalgame, déborde la dent et vient se glisser sur la gencive qu'elle irrite (Ferrier).

De même aussi les *maladies des racines*, leur exostose (excémentose), les petits kystes alvéolaires infectés de l'extrémité apicale (Rodier), les radicules dentaires contenant une pulpe infectée et enfouies sous une hypertrophie de la gencive (Pietkiewicz).

Dans ce *caput mortuum* qu'on dénomme *pyorrhée alvéolaire* avec ou sans gingivite explosive, la mise à nu progressive des racines résorbées ou non explique les crises névralgiques concomitantes.

Les névralgies faciales apparaissent après les *traumatismes dentaires* si la pulpe dénudée ou non s'infecte et se mortifie ; à la suite des *extractions* « même faites dit M. Ferrier, par les plus habiles et avec les meilleurs instruments » et qui s'accompagnent de fracture des rebords alvéolaires ou des cloisons interradiculaires. N'a-t-on pas décrit une *névralgie des édentés* que sa ténacité et sa résistance au traitement fait rentrer dans les tics douloureux ? Ne devrait-on pas plutôt réserver ce nom à ces névralgies qu'on observe chez les personnes privées de leurs grosses molaires, ces piliers de l'arc dentaire ? On comprend alors que l'engrène-

ment des dents et leur opposition étant des plus difficiles, il se produise des lésions de l'articulation temporo-maxillaire, devenue pour ainsi dire folle. Chose curieuse, le rétablissement du rapport normal des arcades et consécutivement des surfaces temporo-maxillaires par un appareil, guérit cette variété curieuse de névralgies (Sewill). Il ne nous reste plus pour en finir avec les dents qu'à citer les névralgies des *stomatites*, de la gingivite tartarique, ou dues à la compression d'un appareil de prothèse dont la plaque porte trop ou dont les crochets trop serrés et trop voisins du collet ulcèrent la muqueuse. En dehors de l'infection des dents ou des accidents de stomatite qu'elles déterminent, il est *d'autres processus buccaux* générateurs de névralgies de la face. Erb en a signalé en suite de la présence d'un ulcère papillomateux de la voûte palatine. Il n'est pas rare de voir les cancers de la langue déterminer des paroxysmes violents avec irradiations fréquentes dans la sphère de l'auriculo-temporal.

b) NEZ. — L'origine nasale de la névralgie du trijumeau n'était guère admise par les vieux auteurs. PORCHÉ, HARTENKEIL, VAIDY, RÉVEILLÉ-PARISE, RENNES ont signalé son apparition à la suite d'un violent *coryza* du côté malade.

* VALLEIX discute cette assertion « car si l'on songe que souvent les symptômes du coryza appartiennent à la maladie elle-même et n'en sont nullement la cause, on conçoit combien l'erreur est facile ». Il faut donc d'après lui se garder de prendre l'effet pour la cause. Cependant il reconnaît avoir vu 2 cas où le coryza précéda les douleurs. Cet au-

teur a dû envisager comme coryza les phénomènes sympathiques de congestion vasculaire concomitante de la névralgie, qui amènent une sécrétion nasale unilatérale.

Plus récemment BÉHIER et HARDY soutiennent l'origine nasale possible, et CHATAIGNON par des considérations anatomiques assez compliquées, veut démontrer que nécessairement le coryza peut et doit engendrer la névralgie faciale.

Aujourd'hui on admet que les *inflammations primitives ou secondaires*, aiguës ou chroniques de la muqueuse des cavités des fosses nasales et des sinus y aboutissant, provoquent des crises de névralgie faciale, surtout lorsque les sinus frontaux sont touchés. En ce cas, la névralgie est sus-orbitaire, uni ou bilatérale (Horner et Seeligmüller). Toutes les parties de la muqueuse participent à l'infection y compris les nerfs qui y aboutissent.

A la suite d'*interventions thérapeutiques* par le fait de cicatrice enserrant des rameaux nerveux on a signalé de la névralgie faciale. RETHI a publié une observation de névralgie sus-orbitaire consécutive à des applications galvano-caustiques. Dans les mêmes conditions M. LERMOYEZ a vu à la suite de la cautérisation de la muqueuse du cornet inférieur une névralgie de la 2^e branche due à la striction d'un filet nerveux dans la cicatrice. OPPENHEIM signale les douleurs névralgiques après intervention sur la cavité nasopharyngienne.

c) ŒIL. — La présence d'un *corps étranger* dans un œil à peu près détruit par un traumatisme, a pu entretenir des névralgies qui nont cédé qu'à l'ex-

tirpation de ce corps étranger. Trousseau les a vues se produire par l'irritation d'un œil artificiel sur un moignon oculaire. Toutes les *inflammations* des yeux surtout superficielles : conjonctivites, épiscélrites, iritis, iridochoroidites peuvent s'accompagner de douleurs névralgiques. De même le *glaucome*. D'après les auteurs américains, le mauvais usage des yeux suffit seul à la déclencher ; la mauvaise correction des anomalies de réfraction, la parésie de l'accommodation. Bettremieux a voulu voir dans un état inflammatoire des *voies lacrymales* la cause de tics douloureux vrais. Une lésion oculaire provoque presque toujours une névralgie sus-orbitaire.

d) OREILLE. — Les maladies de l'oreille ont été elles aussi incriminées quelquefois, mais bien plus rarement que les précédentes. — Il est assez exceptionnel de voir des douleurs irradiées à la face dans le catarrhe de l'oreille moyenne et de ses cavités.

Ce sont surtout les *lésions de l'oreille externe*, mais encore c'est bien exceptionnellement qu'on retrouve des accès typiques. Moos cite le cas d'une dame qui avait présenté à plusieurs reprises des inflammations du conduit auditif externe droit. Elle avait de violents accès dans le domaine des deux dernières branches du trijumeau, dont des exostoses du conduit auditif furent démontrées être le point de départ. Il en existait 3 : une antérieure, une supérieure, une postérieure. C'est de cette dernière au dire de la malade que partaient les douleurs qui guérissent après l'excision. Réveillé-Parise a vu une névralgie entretenue par un pois dans l'oreille. On a signalé une névralgie faciale due à la présence d'un

cheveu sur la face externe de la membrane de tympan (Allan). Sarremone en a publié deux cas chez des individus atteints d'eczéma du conduit auditif externe, chez lesquels l'amélioration thérapeutique amena la régression des douleurs.

e) FACE. — Les *fractures* des os de la face ou du crâne surtout lorsqu'elles sont suivies de phénomènes inflammatoires ont pu produire de la névralgie faciale. On l'a signalée après une fracture de la bosse frontale droite, après un coup de corne de vache sur le maxillaire inférieur qui se nécrosa ; après un coup de guéridon sur la fosse canine ayant déterminé une fluxion, un abcès et une fistule de la région incisive (André).

On connaît aussi des cas de névralgies faciales par *corps étrangers* irritant les plexus nerveux sensitifs de la face. Ce ne sont même pas les moins rebelles. Un exemple des plus nets est le cas de Jeffreys. Il s'agissait d'une jeune fille de 14 ans atteinte depuis l'âge de 6 ans de névralgie faciale consécutive à une chute sur une tasse de porcelaine. Il y avait eu une plaie qui s'était cicatrisée. Les douleurs névralgiques étaient apparues dès après l'accident, et revenaient par accès presque quotidiens, mais irréguliers. Le moindre contact de la région génienne qui était le siège d'une hypéralgésie très marquée, provoquait de la douleur. Ce n'est qu'après avoir essayé une foule de traitements que Jeffreys s'aperçut enfin de la présence d'un corps étranger : c'était un fragment de la tasse brisée. Son extirpation amena la guérison-immédiate et définitive.

On a aussi signalé comme causes déterminantes de névralgies des parasites jouant le rôle de corps étrangers. « Je confesse, dit Bérard, que je me sens disposé à l'incrédulité quant aux observations de Fabrice de Hilden, de Vulpus sur les vers renfermés dans les sinus ; quand je lis dans Sauvages qu'une femme fut débarrassée de sa douleur après la sortie d'une scolopendre bicornue qui se mit à courir avec vitesse ; quand je lis dans Huxham que des larves de taon, étant sorties du sinus maxillaire droit d'une femme qui depuis huit ans était tourmentée par un tic douloureux, cela mit fin à sa maladie ; quand je lis enfin qu'un médecin fut débarrassé d'une névralgie sus-orbitaire qui n'avait pas duré moins de treize ans par l'expulsion d'un ver blanc (l'hélix hortensis), d'un demi-pouce de longueur et bien vivant (Shirley, Palmer-Popular illustrations of medicine) ». Cependant, en 1844, Decerfs communiqua à l'Académie de médecine l'histoire d'une malade souffrant de névralgie sous-orbitaire et dont la guérison suivit la sortie par les fosses-nasales d'une scolopendre.

Les *solutions de continuités*, les inflammations de la peau du territoire innervé par le trijumeau, engendrent des névralgies de ce nerf. On les a vues à la suite de contusions, de coupures, de piqûres, d'une chute sur le côté droit de la tête (Ravin), d'un coup de lance reçu sur le front (Barbarin). Verneuil a signalé à la suite d'interventions chirurgicales sur la face et le cuir chevelu des « névralgies traumatiques précoces ». Il s'agit là incontestablement d'accidents d'ordre infectieux qui s'accompagnaient du

reste toujours des signes d'une septicémie atténuée.

On a également cité des cas rares d'*érysipèles de la face* accompagnés de paroxysmes.

II. — TRONCS NERVEUX

La névralgie peut être également consécutive à une irritation qui porte sur le troncs nerveux même.

Tantôt la cause déterminante est *extrinsèque*. Nous citerons tout d'abord le traumatisme, qui va de la contusion du nerf avec simple ecchymose, aux plaies chirurgicales ou accidentelles par instruments piquants, tranchants ou contondants. Bellingeri l'a vu survenir à la suite de la blessure d'un instrument contondant qui frappa un peu au-dessus du trou sous-orbitaire gauche. Le frère de Bérard en fut atteint quelque temps après s'être laissé enfoncer dans le nerf sus-orbitaire droit une aiguille destinée à produire la galvanisation du nerf. Bonnafond signale une névralgie datant de quinze mois qu'entretenait une balle enchassée dans le maxillaire supérieur droit où elle comprimait le sous-orbitaire. On a signalé d'autres compressions dues à des corps étrangers d'origine endogène. Tel le cas d'Allan. C'était une névralgie datant de 6 ans. L'opération montra qu'elle dépendait d'une concrétion de carbonate de chaux du volume d'un pois située un peu au dessus du tronc du sus-orbitaire. La guérison suivit de près l'extraction.

Moins exceptionnellement, la névralgie du trijumeau est due à la compression des troncs nerveux par des cancers, des kystes, des fibromes, des ané-

vrysmes. On a aussi signalé des ganglions lymphatiques enflammés ou dégénérés. Les inflammations et caries des os de la face soit tuberculeuses, soit syphilitiques, entretiennent des douleurs névralgiques.

L'ostéo-périostite des canaux osseux si nombreux où passent les ramifications nerveuses des trois branches du trijumeau entraînera la névralgie soit par inflammation de voisinage, soit par compression directe du nerf.

L'irritation qui agit sur le tronc du nerf peut être aussi d'ordre *intrinsèque*.

Par comparaison avec la sciatique, on a incriminé avec plus ou moins de raison dans des névralgies où la cause prochaine n'apparaissait pas évidente, les dilatations variqueuses des veines du nerf constatées à l'examen histologique. Dana a mis en cause l'athérome des artérioles nerveuses. Les tumeurs soit développées aux dépens du tissu conjonctif (fibromes, kystes, gliomes) soit du tissu nerveux lui-même (névromes) jouent un rôle plus évident. D'après Eulenburg ce serait surtout les tumeurs molles qui provoqueraient des névralgies.

III. — ORIGINES

Le trijumeau à peu près encore indivis peut être irrité par des productions au niveau du ganglion de Gasser. Citons les *exostoses* (Chouppe), les productions au niveau d'anciens foyers de fracture, la *carie* du rocher, les *néoformations* méningées, soit d'ordre syphilitique (Lancereaux)

soit d'origine tuberculeuse ou cancéreuse (Landonouzy) com primant le ganglion de Gasser et les racines du trijumeau. Tout le monde connaît le cas célèbre de Romberg, d'*anévrisme* de la carotide interne comprimant le ganglion de Gasser du côté gauche.

Les *tumeurs* de la région de la base du cerveau (sarcomes, gliomes) voisines du ganglion déterminant des névralgies par compression. Oppenheim a signalé les tumeurs du cervelet ; dans un de ses cas de névrome ou gliome de l'acoustique, la névralgie précéda longtemps les autres signes. Parmi les causes d'irritation intrinsèque, il faut citer les cholestéatomes du ganglion de Gasser ou de son voisinage (Romberg, Schuch, Krause, Benda), le neurogliome du ganglion (Hansch).

C'est ici qu'il nous faut signaler les *névrites* qui se développent à la suite d'infections aiguës ou chroniques. Il existe quelques cas de névralgies faciales dues au cours ou à la suite d'*infections aiguës* : grippe (Valleix, G. Ballet), pneumonie, érysipèle, rougeole (Rilliet et Barthez, Valleix, Imbert Goubeyre), fièvre typhoïde. Fritz et Nothnagel ont décrit au début de cette dernière affection de véritables névralgies sus-orbitaires et occipitales. Il en est d'autres qui apparaissent au décours de la maladie.

Les infections subaiguës ou chroniques déterminent plus souvent la prosopalgie. Nous signalerons la syphilis, l'impaludisme, la tuberculose.

La *névralgie syphilitique* du trijumeau s'observe à la période secondaire et à l'époque du tertiarisme. Si, dans le premier cas elle est une manifestation

évidente d'infection, dans le second elle est due au développement de lésions sclérogommeuses sur le trajet du nerf. Depuis fort longtemps déjà Masius avait signalé la névralgie faciale chez un « individu qui de tout temps avait été très adonné au sexe et qui avait eu diverses affections vénériennes ». C'est d'autant moins net que le mercure ne donna aucun résultat en ce cas. D'après Lancereaux, Plenck, Meckel, J. Frank admettaient sans preuves une odontalgie syphilitique. Halliday note simplement la coïncidence du []] tic douloureux « chez des sujets qui avaient eu longtemps ou plusieurs fois des symptômes divers d'affections vénériennes ». Vaton (cité par Chaponnière), Réveillé-Parise parlent de névralgies [faciales dues au « virus vénérien ». Ni Chaponnière ni Bérard ne les admettent. Valleix lui-même écrit : « Dans aucun cas on n'a pu attribuer la maladie au virus syphilitique ».

PROSPER YVAREN signale un cas de névralgie faciale dont la nature syphilitique fut reconnue à l'apparition des manifestations tertiaires et céda au traitement. Lancereaux cite aussi un cas de Rayer.

En 1864, GROS et LANCEREAUX dans leur ouvrage sur les « affections nerveuses syphilitiques » rassemblèrent 8 observations de névralgies faciales relevant de cette origine. L'année suivante ZAMBACO en signalait 2. M. FOURNIER en fit une description d'ensemble, et nota que la névralgie faciale est la plus fréquente des névralgies syphilitiques. De nos jours les travaux se sont fait plus nombreux. Ebsstein, Seeligmüller, Gaucher, Dieulafoy, Max-Nonne, Milian. On les trouvera tous détaillés dans la thèse d'Herrouet.

L'impaludisme est sans contredit une des causes les mieux établies de névralgie faciale et, comme pour la syphilis, le nerf sus-orbitaire semble touché avec quelque prédilection. Il semble bien que ce que Van-Swieten décrit sous le nom de *febris topica* n'est autre que la névralgie mærennatique; et nous avons trouvé 2 de ses observations citées par Halliday qui nous semblent typiques à cet égard. Dès 1834, Gillespie, Chapman signalent la fréquence des névralgies de la face dans les régions où règnent les fièvres intermittentes. Mac Culloch, d'après Monneret et Fleury « va jusqu'à dire que cette maladie ne reconnaît jamais d'autre cause ». BELLINGERI décrit des névralgies périodiques sans penser à l'influence miasmatique.

RENNES signale en 1836 une épidémie de névralgies frontales. « La maladie que j'observais, dit-il, n'était autre chose qu'une épidémie de fièvres intermittentes, déguisées sous la forme de névralgies. »

Et il appuie son opinion que ces névralgies rémittentes ou intermittentes sont des « fièvres larvées » sur 3 ordres de faits d'observations :

1° « ... Pendant le règne des névralgies, les fièvres intermittentes vraies qui sont d'ordinaire très communes dans l'arrondissement de Bergerac, malgré la parfaite exposition du pays et l'absence de toutes espèces d'eaux stagnantes... se sont montrées bien moins fréquemment que les années précédentes et... les névralgies en ont tenu la place pour ainsi dire ».

2° « De même qu'avant 1835, nous avions l'habitude de voir arriver presque constamment quel-

ques accès de fièvre intermittente pendant le cours ou au déclin de maladies aiguës graves. . . de même nous avons vu la névralgie frontale succéder à un certain nombre de maladies plus ou moins graves, dont le début avait absorbé toute l'attention du médecin. » (L'auteur cite parmi ces maladies la fièvre typhoïde, le rhumatisme articulaire aigu).

« 3° La nature du traitement (sulfate de quinine) qui a constamment réussi. »

VALLÉIX ne fait pas d'allusion nette à la névralgie paludique. Il dit seulement dans son guide du médecin-praticien, 3^e édition t. iv. à propos du traitement quinique. « Dans les cas que j'ai recueillis et qui présentaient une périodicité marquée, la moitié ont été rebelles à cette médication. »

En 1852, MARROTTE étudie les « névralgies périodiques » qui présentent « tous les types familiers aux fièvres intermittentes ».

GRIESINGER signale dans les formes larvées de la fièvre intermittente les névralgies de la cinquième paire. Sur 444 cas d'impaludisme, il a vu 13 trigéminalgies ; mais il croit beaucoup moins fréquentes les autres localisations névralgiques.

BERNHARDT en a vu à Berlin 20 ou 25 cas évidents. JOURDANNE dans une bonne thèse a repris l'étude de l'impaludisme.

Les névralgies faciales tuberculeuses ont été signalées par PERROUD en 1872. CARRIÈRE en fit une bonne étude dans sa thèse inaugurale où il en recueillit 11 observations sur 164 tuberculeux observés. VAISSADE dit ne l'avoir vue que chez les tuberculeux pulmonaires (6 sur 140).

Perroud, qui nota surtout la névralgie fronto-temporale, l'explique par un réflexe parti du pneumo-gastrique et réfléchi au trijumeau. A la lecture des observations de Perroud et de Carrière, on remarque que les paroxysmes de névralgie faciale alternent avec des douleurs névralgiques d'autres branches dans la sphère des membres supérieurs dans le sciatique, dans les nerfs intercostaux, dans la région interscapulaire et sur le trajet du crural. Ces douleurs coïncident également avec des signes non douteux de névrites périphériques.

Il n'est point jusqu'aux *intoxications* qui ne soient susceptibles de déterminer des névralgies du trijumeau.

Van-Lair en signale d'après Herrmann dans l'hydrargyrisme ; dans le tabagisme, il les attribue aux malate et citrate de nicotine. Axenfeld insiste sur ces névralgies tabagiques. On a aussi invoqué le saturnisme.

Neucourt a mis en évidence l'influence des narcotiques dans la production des prosopalgies : si ceux-ci font souvent disparaître les douleurs — et la méthode de Trousseau, de l'opium à hautes doses, le montre — ils exagèrent quelquefois les paroxysmes. Physiologiquement en effet, les narcotiques ou irritent les nerfs ou les dépriment. A petites doses ils sont irritants et congestionnants, à hautes doses ils se montrent dépressifs.

GRANDE NÉVRALGIE FACIALE

Dans la forme de névralgie faciale dont nous venons de rechercher les conditions et circonstances de développement, et qui, on peut le dire est une maladie accidentelle, point n'est besoin de tenir compte, ni de *l'hérédité*, ni de ce qu'on est convenu d'appeler les tempéraments morbides. Il n'en est pas de même dans la grande névralgie faciale. EL-SÆESSER cite une famille où, le père ayant succombé à une affection névralgique de la main, les trois enfants souffraient d'un tic douloureux. REVERDIT a vu 2 frères, l'un atteint d'une « sciatique nerveuse », l'autre d'une névralgie sus-orbitaire dont le père avait été également affligé. Il rapporte en outre le cas d'un jeune homme dont la mère présentait aussi une névralgie faciale. VALLEIX n'attache pas une grande importance à l'ascendance, au moins en tant qu'hérédité directe. Il l'a recherchée mais déclare ne pouvoir tirer de ses observations aucune conclusion rigoureuse. LUCAS, SANDRAS, ANSTIE croient à cette hérédité similaire. C'est également l'avis de ERB. BERNHARDT ne semble guère l'admettre. Il n'a trouvé qu'une seule fois une femme de cinquante ans atteinte de névralgie sous-orbitaire et qui présentait non pas tant une hérédité qu'une coïncidence morbide fami-

liale. En effet sa sœur et un de ses frères avaient eu les mêmes douleurs dans le nerf maxillaire supérieur. GILLES DE LA TOURETTE donnait comme exemple d'hérédité de la maladie « l'observation d'un homme très vigoureux qui souffrait depuis dix ans d'un tic de la face du côté droit ; son père avait pâti pendant 40 ans de cette cruelle affection et son grand-père paternel mort à l'âge de 87 ans, en avait été tourmenté pendant près de la moitié de son existence. » DUBOIS (de Saujon) a publié aussi un cas d'hérédité directe. DANA la croit rare. Il cite pourtant un malade de 46 ans dont le père avait été atteint de tics douloureux ; un autre dont la grand-mère avait eu un tic pendant sa vieillesse ; un troisième dont la mère avait présenté la même affection. Nous avons noté pour notre propre compte l'hérédité maternelle dans une observation. A notre avis, si les auteurs ne sont pas tous d'accord sur ce sujet, c'est qu'ils n'avaient pas songé à faire la distinction des 2 variétés de névralgies : celle où l'hérédité n'a rien à faire et celle où elle est directement en cause.

A côté de cet héritage en droite ligne de la maladie, l'hérédité indirecte du terrain n'influe-t-elle pas ? VALLEIX avait déjà signalé le cas d'un sujet dont la mère était migraineuse, d'un autre dont le père avait la goutte. ANSTIE insistait encore davantage sur les antécédents et pour lui la folie, l'épilepsie, la chorée, l'hérérodipsomanie se rencontrent dans l'ascendance des malheureux atteints de grande névralgie faciale.

Celle-ci fait donc partie du bagage pathologique de la famille neuro-arthritique. Trousseau avait dis-

tingué l'affection du nom de névralgie épileptiforme, mais bien plus, en raison de vagues analogies cliniques, que pour des motifs d'ordre pathogénique.

Il existerait des constitutions, des tempéraments particuliers qui y sont voués. CHAPONNIÈRE pense que tous, les nerveux, les bilieux, les lymphatiques, etc., peuvent être indistinctement atteints. « Dire lequel l'est le plus, c'est ce que personne ne peut se hasarder à affirmer jusqu'à ce que des faits plus précis nous l'apprennent. » BÉRARD se refuse à chercher cette influence, d'abord parce qu'on ne s'accorde pas sur la signification du terme et, qu'ensuite, tous les tempéraments décrits : « bilieux, lymphatiques, sanguins, athlétiques, hystériques, hypocondriaques, mélancoliques » ; sont également prédisposés au tic douloureux. VALLEIX, cite l'avis de Chaponnière et ajoute « que plus de la moitié des sujets avaient un caractère impressionnable et irritable ». C'est cette observation très juste qu'a fait croire à maints auteurs que les émotions vives jouent un rôle des plus nets dans la névralgie faciale. En tout cas, Valleix, dans ses observations personnelles signale comme affections concomitantes : l'hystérie dans 2 cas, l'épilepsie dans 3, la migraine dans 2, l'emphysème pulmonaire, 1 fois. Ultérieurement, on nota chez les malades atteints de prosopalgie des *accidents nerveux* : tels l'épilepsie, l'hystérie, la neurasthénie.

Les cas où l'*épilepsie* avait précédé ou même accompagné la névralgie faciale sont rares. Trousseau en a signalé un, où névralgie et mal comitial coïncidaient ; un second où l'épilepsie apparut bien après

le tic douloureux. M. Féré a publié une très intéressante observation où le malade, fils d'une épileptique, atteint de névralgie faciale, présenta lui aussi des attaques de haut mal. Chez un homme que nous-même avons observé et sur lequel M. Gérard Marchant tenta une gasserectomie, nous avons retrouvé dans le jeune âge et des crises d'épilepsie jacksonienne non symptomatiques, et d'autres équivalents comitiaux.

Le rôle de l'*hystérie* doit être plus important. Sydenham, Frank avaient déjà signalé l'*odontalgie hystérique*. Schutzenberger parle d'« une névralgie de la cinquième paire accompagnée de convulsions avec perte de connaissance ». Dans une autre observation il a vu « une fille chez laquelle la pression du nerf frontal et sous-orbitaire droit, à leurs points d'émergence, produisait des pertes de connaissance avec tremblement convulsif; quelquefois enfin une impression quelconque n'importe sur quel nerf sensitif produit le même effet ». Gilles de la Tourette interprétant ces faits ajoute « La mise en action d'une zone hyperesthésique hystérogène du trijumeau, telle nous semble être en effet l'interprétation pathogénique qu'on doit donner dans la majorité des cas de la névralgie faciale hystérique ». M. Pitres dit : « Il n'est pas rare que les zones hystérogènes donnent lieu à des sensations douloureuses spontanées très désagréables pour les malades. Dans ces cas la douleur n'est ici ni dermalgique, ni myosalgique; elle est de nature névralgique ». Cet auteur juge et guérit à la fois ces névralgies par l'injection de cocaïne loco dolenti. Verger fait néanmoins des ré-

serve car cette méthode de diagnostic ne saurait avoir de valeur absolue.

Avons-nous dans les données ci-dessus les éléments d'une vraie névralgie faciale soit de la première forme soit de celle que nous décrivons actuellement? Une distinction s'impose. Il existe et des *paroxysmes hystériques à forme de névralgie faciale* (Gilles de la Tourette) et des *névralgies faciales authentiques* petites ou grandes, survenant chez des personnes touchées par la névrose.

La *neurasthénie*, bien que, comme l'hystérie, elle représente un amalgame morbide encore assez mal défini a été déclarée génératrice de névralgies du trijumeau.

D'autres auteurs insistent sur l'influence des *accidents de la diathèse arthritique ou herpétique* (Lancereaux). L'*asthme* fut incriminé par Brissaud et Dana. Ce dernier a vu l'alternance de cette névrose et du tic douloureux. Gillet cite les cas confirmatifs de trois malades de M. Ruault, et parle même de la l'analogie avec la laryngite striduleuse. Plus fréquemment, on a invoqué la *goutte* (Sandras, Duplay) la migraine (Liveing, Valleix, Anstie, Dana, Brissaud, Cushing).

Les *rapports de la migraine avec le tic douloureux* nous semblent intéressants à élucider.

Il y a un premier fait des plus nets : c'est que la migraine et la névralgie faciale sont unies par des liens de famille. Liveing (cité par Thomas) plaçait déjà dans un même groupe naturel : l'épilepsie, le vertige épileptique, la laryngite striduleuse, l'asthme, l'angine de poitrine, la *migraine*, le *tic dou-*

loureux de la face, la folie intermittente et paroxystique. L'hérédité unit toutes ces maladies ; leurs symptômes à toutes sont purement fonctionnels ; elles ne se développent qu'à une certaine période de la vie ; affectent surtout un sexe : elles sont toutes paroxystiques et périodiques ; leurs attaques sont produites par les mêmes causes efficientes. Elles peuvent se transformer l'une dans l'autre (métastases).

Les observations ultérieures confirmèrent cette parenté. Valleix, nous l'avons vu, signale la coïncidence des deux affections. Eulenburg parle de la coexistence fréquente de la migraine et des névralgies surtout de la tête. Dana a sur les rapports de la migraine et de la prosopalgie une opinion très nette. L'hémicranie se retrouve souvent dans les antécédents et, dans certains cas, se transforme insensiblement en névralgie faciale. Voici au reste ce que dit le médecin américain. « La névrose la plus commune trouvée dans la famille est la migraine, mais elle est si communément généralisée qu'on peut hardiment la faire rentrer dans les antécédents personnels. » Dana l'a observée chez le quart de ses malades. Dans les cas à début précocce, il explique la genèse du tic de la façon qui suit : « Les patients sont presque toujours de jeunes femmes, souffrant de migraine, et leur mala toujours été précédé de fréquentes attaques de cette affection. Au bout d'un certain nombre d'années, ces troubles migraineux semblent devenir chroniques et se localiser en partie. Ils siègent sur les 2^e ou 3^e branches, quelquefois envahissent les 3. De tels malades res-

sentent, outre les douleurs violentes sur le trajet du nerf, des douleurs diffuses entourant la tête et souvent chaque côté de la face. Les cas, au contraire, qui apparaissent à la période tardive de la vie sont rarement associés directement à de la migraine, bien qu'il y ait des antécédents de névralgies migraineuses du trijumeau ou d'attaques de migraines dans le jeune âge. » Aussi l'auteur distingue-t-il deux types :

Le premier, *type migraineux*, est une névralgie du trijumeau sur un fond de névrose migraineuse. On le voit le plus souvent chez des femmes. Ce serait un trouble d'origine centrale, non une maladie du ganglion de Gasser. Le neurone sensoriel cortical souffre. Il est possible qu'une vraie névrite dégénérative se développe là-dessus ultérieurement. L'affection, comme la migraine, a tendance à disparaître quelquefois spontanément aux approches de la ménopause.

Le second, *type herpétiforme*, le plus commun, atteint après quarante ans hommes et femmes à peu près également. Consécutif à une lésion locale soit de la gencive, soit du sinus maxillaire ou de l'os, il débute comme une vraie névrite infectieuse.

Donc pour Dana il est une variété de tic dont la genèse se trouve nettement influencée par la migraine qui s'y relie par toute une série d'échelons intermédiaires.

CUSHING a trouvé des migraines antécédentes chez bon nombre de ses opérés. La résection du ganglion de Gasser paraîtrait avoir amené la disparition et de la névralgie et des migraines. « L'observation semblerait parler en faveur d'une origine

durale pour les maux intracrâniens, car la neurectomie du trijumeau sert à faire perdre la sensibilité des méninges aussi bien que des muqueuses et de la peau dans le territoire du trijumeau du côté opéré. A l'exception de la surface qui entoure le foramen magnum (suppléance du pneumogastrique), toute la membrane durale, le tentorium inclus, est innerivée par le trijumeau.

Il est intéressant de dire quelques mots sur les *relations entre ces migraines préexistantes et les névralgies consécutives au cours desquelles la migraine ne se développe que très rarement*. Il est tout à fait possible que cette forme d'hémicranie puisse indiquer un processus morbide des nerfs durs précisément apparenté à celui que nous sommes habitués à envisager à la périphérie cutanée, processus qui finalement s'étend au ganglion et qui, dans le cours du temps, peut envahir ses branches faciales. »

Pour nous, la migraine nous a paru, dans nos observations, être l'un des facteurs les plus fréquents, les plus nets et les plus évidents qui influencent la névralgie faciale. Nous l'avons trouvé dans au moins les $\frac{3}{4}$ des cas. Elle se rencontre souvent chez des malades qui ultérieurement feront du tic douloureux. A un moment donné les deux états coexistent ensemble, et, chose curieuse, dès l'instant où la névralgie survient, l'intensité des migraines diminue. On attribue ce fait à l'âge avancé ou aux approches de la ménopause si le malade est une femme. Bien plus nous avons vu des cas, où la sur-

venance des névralgies coïncida avec la disparition des migraines. Il en est un même que nous avons traité par des injections, et où la guérison des douleurs névralgiques s'accompagna d'une tendance à la reprise des migraines qui avaient depuis longtemps cessé. Un autre tic douloureux chez lequel pourtant elles avaient persisté, fut à peine soulagé de sa névralgie qu'il présenta des accès de migraine plus violents. Il faut qu'il existe une parenté étroite entre ces deux états pour expliquer le balancement du tic et de l'hémicranie.

L'alliance migraine-névralgie faciale est donc indéniable. Mais on est allé plus loin : on a voulu fusionner et on a confondu cliniquement les deux affections. Schwann ne voulait pas voir de différences entre elles. En réalité leur symptomatologie les oppose, quoiqu'on ait signalé des formes de passage. Valleix ne les a pas laissées passer inaperçues. « La migraine, dit-il, n'est point une maladie assez bien étudiée malgré sa fréquence pour qu'on puisse avoir une opinion bien arrêtée sur son siège et sa nature. Plusieurs médecins pensent qu'elle occupe les nerfs superficiels de la tête et que par conséquent elle est de nature névralgique. J'ai vu un certain nombre de cas dans lesquels on ne pouvait pas douter qu'il en fût ainsi ; chez des individus qui étaient sujets à des névralgies de différentes parties du corps, des attaques de migraines avaient lieu de temps en temps, et la douleur commençant par un des points qui ont été signalés plus haut tels que la partie interne du sourcil, la bosse pariétale, l'angle inférieur de la tempe, s'étendait bientôt à

tout un côté de la tête et devenait très violente. Il y avait alors une sensibilité générale dans toute la partie affectée, mais elle était toujours plus considérable dans les lieux primitivement atteints, d'où les élancements partaient le plus ordinairement. On pourrait ajouter que dans ces cas il existait une véritable névralgie faciale et non une simple migraine. Mais la marche de la maladie ne permettait pas d'avoir une pareille opinion. La douleur, d'abord faible, augmentait rapidement, empêchait les malades de se livrer à la moindre occupation, rendant quelquefois la lumière et le bruit insupportables et après avoir duré de cette manière de 12 à 24 heures disparaissait ordinairement après un sommeil de plusieurs heures pour revenir au bout d'un temps plus long (de 8 jours à 2 ou 3 mois). »

Plus récemment, Putnam a décrit des névralgies-migraines de l'ophtalmique. Il pense que la forme récurrente des névralgies sus orbitaires diffère de celle des autres branches et rappelle par quelques côtés la migraine (hémianopsie temporale, nausées). Il affirme aussi que la migraine du premier âge se peut transformer en névralgie ophtalmique. Rarement au contraire, d'après lui, les douleurs dans le territoire des maxillaires supérieur ou inférieur présenteraient le caractère hémicranique.

Il semble donc que la migraine et la névralgie faciale différentes cliniquement, se relient par des formes de transition. Il n'est pas impossible d'en déduire qu'elles peuvent avoir la même cause.

Chaussier et Pinel, Devilliers, sans preuves il est vrai, admettaient que la migraine est une névralgie

de la cinquième paire localisée au rameau frontal. Anstie la rapporte à une irritation moléculaire atrophique des racines du trijumeau. Brissaud, tout en admettant que la maladie n'a que des « analogies avec la névralgie du trijumeau » croit avec Eulenburg et Thomas que « la migraine est une névralgie diffuse des filets intracrâniens du trijumeau ». Si cela est, nous comprendrons d'autant mieux la migraine et la névralgie faciale stigmatisées d'arthritisme, nous nous expliquerons encore mieux leur coexistence fréquente, leur succession, leurs balancements réciproques.

NÉVRALGIE DES PLEXUS DE LA FACE

En dehors de ces névralgies où la participation du trijumeau n'est pas douteuse, n'en existerait-il pas d'autres, névralgies de la face à proprement parler, celles-là, où ce nerf paraît moins directement intéressé, où la douleur suit moins nettement le trajet des gros rameaux ?

Il est admis depuis Boyer que c'est toujours un nerf qui souffre dans les névralgies de la face.

Cet auteur en donnait fort justement quatre raisons :

1° La douleur occupe et suit toujours le trajet ou les ramifications d'un nerf.

2° Elle cesse après la section du nerf pour reparaitre peu de temps après.

3° Elle se reproduit si, l'organe étant découvert par escharification, on tiraille l'escharre qui le recouvre (André).

4° De même si on comprime à travers la peau un des principaux rameaux du nerf.

Avant la connaissance exacte des fonctions du facial et du trijumeau on pensait que les névralgies faciales traduisent la souffrance du nerf de la 7^e paire. Mais cette opinion dura peu, et l'on admit bientôt que les névralgies de la face sont, les unes des névralgies de la 5^e paire, les autres des névralgies du facial.

Les protagonistes de cette opinion furent d'abord BOYER, DELPECH, RIBES, J. FRANK lequel définissait l'affection : *dolor acerbissimus... ex uno alterove ramorum facialum quinti ant septimi paris emanans*. C'est aussi l'avis de MÉGLIN, de HALLIDAY, qui pense néanmoins qu'elle est fort rare, de JOBERT DE LAMBALLE et de NEUCOURT. BÉRARD, approfondit la question. Par une argumentation serrée, il donne le coup de grâce à l'existence des névralgies de la 7^e paire. Après lui, on adopta la doctrine suivante contre laquelle encore aujourd'hui très peu d'auteurs modernes ont réagi :

Les névralgies de la face sont toutes des névralgies du trijumeau.

Passons en revue les arguments de Bérard :

1^o La section de la 5^e paire chez l'homme (Ribéri), ou chez les animaux, soit du tronc, soit d'un rameau, est très douloureuse.

2^o Elle détermine une paralysie sensitive du territoire innervé, non une paralysie motrice.

3^o L'anatomie pathologique montre que la désorganisation de la branche ganglionnaire de la 5^e paire amène la perte du sentiment dans le territoire de ce nerf.

4^o L'anatomie comparée prouve que les organes du tact de la tête des animaux dépendent de la 5^e paire. Ex. : trompe de l'éléphant ; bulbes des moustaches du phoque, du lièvre, de l'écureuil américain, des félins.

5^o Les lésions partielles de la 5^e paire donnent des troubles de sensibilité dans le territoire des rameaux nerveux où ils se distribuent.

Bérard se demande aussi si quelquefois la névralgie faciale est une névralgie de la 7^e paire. Et il pose une double interrogat'on :

1^o Le nerf de la 7^e paire joue-t-il le rôle de conducteur par rapport aux impressions tactiles ou autres développées à la face ? ».

Réponse : Les lésions de ce nerf prouvent qu'il n'en est rien, tant sur les animaux (BELL, SHAW, MAGENDIE, MAYO), que sur l'homme (intervention intra-parotidienne). Si au contraire on irrite la 5^e paire les troubles de la sensibilité apparaissent.

2^o Le nerf de la 7^e paire est-il sensible ?

Rien ne semble a priori plus facile à élucider. Il n'y a qu'à faire la section du facial. Mais quelle divergence dans les résultats !

La section intra-crânienne à l'entrée du conduit auditif interne aurait été réalisée par Magendie qui la dit indolore. Cette expérience est controuvée par Longet.

La section extra-crânienne du tronc a été faite sur des animaux divers avec des résultats variables. Chez l'âne elle serait indolore (pour Ch. Bell, H. Mayo ; douloureuse d'après Magendie. Chez le chien, Bell la croit non douloureuse ; Schœpf, Baker, Gœdechens, Longet affirment que l'animal souffre. Le chat accuse des douleurs. (Schœpf, Baker, Gœdechens) de même que le lapin (Eschricht).

La section des branches aboutit aux mêmes résultats contradictoires. Elle est douloureuse d'après Longet chez toute une catégorie d'animaux (cheval, bœuf, mouton, chèvre, chien, chat). Sur le lapin la névrotomie de la branche inférieure du facial n'est pas sentie (Magendie, Longet).

Une conclusion pourtant s'impose, c'est qu'il *est indéniable que la 7^e paire jouit d'une certaine sensibilité*. Est-elle autonome et le nerf facial sent-il par lui-même ? Nul n'admet plus cette hypothèse depuis que la section du tronc nerveux et l'excitation des extrémités coupées, chez des animaux dont on avait préalablement sectionné le trijumeau, s'étaient montrées indolores. Claude Bernard, du reste, avait prouvé à ceux qui croyaient à la sensibilité du facial par l'intermédiaire de Wrisberg que ce dernier nerf n'est pas sensible ; que de plus la paralysie faciale d'origine centrale n'est jamais accompagnée de troubles de sensibilité.

En réalité le nerf facial est seulement pourvu d'une *sensibilité d'emprunt*. Bérard lui-même disait : « Les expériences de MM. Magendie et Fodéra, de MM. Burdach, Schöepf, Eschricht, Baker, Lund et Gœdechens ont démontré que le nerf de la 7^e paire *anastomosé qu'il est avec d'autres nerfs encéphaliques et rachidiens* n'a pas l'insensibilité que M. Bell lui a attribuée, mais que sa sensibilité est beaucoup moins exquise que celle du trifacial ».

Les auteurs ne sont pas d'accord sur l'origine de cette sensibilité d'emprunt. Pour Magendie et Longet elle provient du trijumeau. LONGET fit même à ce sujet des expériences intéressantes. Sur un chien, on met à nu le facial et ses 3 branches terminales. Leur pincement détermine de la douleur, qui persiste encore si on irrite les branches une fois le tronc du nerf réséqué. D'où vient cette sensibilité ? Suit-elle les filets d'anasto-

mose de l'auriculo-temporal avec ces branches (Magendie) ? Rien n'est plus facile à vérifier. Pour ce, Longet pratique la section des filets anastomotiques auriculotemporaux, puis il coupe les trois branches terminales du facial. Il obtient ainsi 6 bouts : 3 centraux, tous sensibles au pincement, 3 périphériques, dont 2, le supérieur et l'inférieur, sont sensibles, le moyen ne réagissant pas du tout. Quelle explication donner alors ? « Ayant disséqué avec un soin minutieux les anastomoses terminales des premiers bouts périphériques supérieurs et inférieurs avec les rameaux mentonniers, sus et sous-orbitaires, j'ai cru trouver une disposition propre à rendre compte du singulier phénomène qui nous occupe. En effet quelques filaments venus de ces rameaux m'ont paru se recourber en anses en dehors et en arrière pour s'unir d'abord aux branches indiquées du facial, et se continuer sans doute en arrière avec des filaments soit de l'auriculotemporal, soit de quelque autre division du trijumeau ; il en résulterait que plusieurs filaments de ce dernier formeraient sur la face de grandes anses anastomotiques contiguës en partie aux branches supérieures et inférieures du nerf facial. Dès lors ces branches étant coupées, les anses du trijumeau le sont également, et comme chaque extrémité de ces branches communiquent encore avec l'encéphale, on conçoit que confondus avec elles les bouts même périphériques du facial soient sensibles au pincement. Toutefois le bout moyen serait insensible parce qu'il ne concourrait point à la disposition qui vient d'être signalée. *Notre manière de voir s'est confirmée*

par les résultats négatifs que nous avons obtenus aussitôt après la section des rameaux mentonniers sus et sous-orbitaires. »

D'après LUND et ESCHRICHT cette sensibilité d'emprunt serait due à la fois au trijumeau et au plexus cervical. CLAUDE BERNARD admet que la sensibilité du tronc du facial provient du rameau auriculaire du vague. Il pratique la section de la 7^e paire au-dessous de son anastomose. Le bout central reste sensible tant qu'on a pas coupé le rameau auriculaire du pneumogastrique. Le bout périphérique conserve sa sensibilité chez le chien tout au moins (sensibilité récurrente), mais la perd après la section du trijumeau.

PHILIPPEAUX et VULPIAN par la section du facial avaient mis en évidence la présence de fibres restées saines et sensibles dans le bout périphérique dégénéré en grande partie.

ARLOING et TRIPIER reprennent ces expériences et démontrent que la sensibilité récurrente du facial existe aussi bien chez les solipèdes que chez les carnassiers ; qu'il faut la chercher surtout à la périphérie et qu'elle diminue d'autant plus qu'on remonte vers le tronc. « Dans tous les cas la sensibilité du bout périphérique est due à la présence de tubes nerveux dont les relations avec les centres trophiques et perceptifs n'ont pas été interrompus par la section », et qui proviennent, pour le facial, du trijumeau. « Ces tubes récurrents remontent plus ou moins haut dans le tronc du nerf auquel ils sont accolés ; leur nombre diminue en allant de la périphérie vers le centre. »

La conclusion de tout ceci, c'est qu'il n'est pas complètement exact de dire qu'il ne peut exister de névralgies du nerf facial et que la physiologie est d'accord avec la clinique pour montrer la solidarité existant entre les 2 nerfs de la face. Pourquoi du reste admettre cette dualité à la face alors que, sur le reste du corps, nous voyons la fusion anatomique des rameaux sensitifs et moteurs, et le retentissement pathologique des uns sur les autres ?

SANDRAS et BOURGUIGNON le disent en fort bons termes. » Pénétrons-nous tout d'abord d'une vérité, « c'est qu'un nerf exclusivement *moteur* ou un nerf « exclusivement *sensitif*, n'existe pas plus physio-
« logiquement à l'état isolé qu'un élément zinc ou
« un élément cuivre n'existe dans une pile au point
« de vue électrique (Claude Bernard). Chaque tronc
« nerveux moteur, quel qu'il soit, s'adjoint toujours
« des filets sensitifs, et réciproquement ; cette asso-
« ciation constitue une véritable paire nerveuse, et
« cette loi se constate, bien qu'avec moins d'évidence,
« dans l'association du facial et de la cinquième
« paire, comme dans une paire rachidienne ordinaire.
« Le facial, quoique nerf moteur, est sensible, seu-
« lement la sensibilité du trijumeau est directe, elle
« lui est essentiellement propre, tandis que la sen-
« sibilité du facial est indirecte, récurrente, emprun-
« tée si l'on veut ; elle lui vient de la cinquième, de
« la neuvième et de la dixième paire ». Cette fusion
des éléments sensitifs et moteurs se fait à la pé-
riphérie par la formation de plexus. Sans insister sur
les anastomoses du facial avec le glossopharyngien
et le pneumogastrique, avec les nerfs cervicaux
(branches auriculaire, cervicale transverse, auricu-

laire postérieure ; grand nerf occipital) nous signalerons plus longuement les échanges de fibres avec la cinquième paire. Les nerfs grand et petit pétreux superficiel renferment des filets nerveux qui vont des ganglions sphéno-palatin et otique au facial et réciproquement. La corde du tympan se compose de fibres faciolinguales et linguofaciales. Il existe aussi des anastomoses ramellaires temporo-faciales et facio-auriculo temporales. Il y a enfin les intrications terminales formées par le nerf sous-orbitaire et celui de l'élévateur de la lèvre supérieure (*plexus sous-orbitaire*), par le nerf buccinateur et le nerf buccal (*plexus buccal*), par le nerf mentonnier et celui des abaisseurs de la lèvre inférieure (*plexus mentonnier*). Il n'y a pas là, à proprement parler, de véritables anastomoses termino-terminales comme le croyait Magendie, mais un double échange, dont le départ est encore possible, du fait de la dissection (FROHSE) ou de l'expérimentation anatomo-pathologique (Arloing et Tripier).

Nous sommes donc en mesure de conclure que, grâce à ce double courant nerveux ainsi établi dans les fibres tronculaires et terminales, il existe des névralgies du nerf facial, mais surtout et plus justement des *névralgies des plexus de la face*. Du reste la clinique ne nous donne-t-elle pas des preuves de cette sensibilité du facial. Il est des paralysies faciales avec manifestations douloureuses (Jobert de Lamballe). Webber mentionne des douleurs dans plus de 50 % des cas. Charcot, Bernhardt, Erb, Grasset, Augé, Dieulafoy les signalent. Testaz décrit même une forme douloureuse de la paralysie faciale.

De même Neumann, Gellé, Despaigne, Lannois, Dauphin. Ces douleurs, tantôt précèdent la paralysie, tantôt la précèdent et persistent après son apparition, tantôt enfin lui succèdent. Les douleurs prodromiques ne siègent pas toujours dans la face, mais dans les terminaisons sensibles bucco-dentaires (paralysie faciale d'origine dentaire de Rodier). Elles ne se manifestent pas chaque fois sous forme de douleurs erratiques et vagues des plexus de la face, et Gola a cité le cas d'une vraie névralgie faciale ayant précédé une paralysie faciale. Les irritations du facial, on le voit, sont donc susceptibles de faire vibrer le trijumeau. Mais bien plus, nous allons les voir s'entrelacer. Nous avons observé un cas d'hémispasme facial coïncidant quelquefois, alternant le plus souvent avec des crises typiques de névralgie trifaciale. Nous avons vu une malade atteinte de tic douloureux du maxillaire supérieur droit, présenter bien après le début de cette affection des spasmes indolores de l'orbiculaire des paupières du côté gauche,

Enfin non seulement des douleurs faciales peuvent présider à la genèse d'une paralysie de la 7^e paire, mais réciproquement, une paralysie faciale est susceptible de se compliquer de névralgie du trijumeau. Nous n'en voulons pour preuve que l'admirable observation de Gubler que nous donnons avec la discussion diagnostique très serrée qu'elle inspira à l'auteur.

OBSERVATION I. — (*Gubler*). — Pyélonéphrite : (septicémie) otite purulente à gauche propagée à la région parotidienne

et au tronc nerveux de la septième paire ; paralysie faciale et névralgie de toutes les branches correspondantes, sans aucun signe d'inflammation du rocher ni des méninges de la base du crâne. Emploi de l'aconitine ; apaisement des douleurs névralgiques, puis disparition de la phlegmasie parotidienne, persistance des troubles de la motilité de la face. Anesthésie consécutive. Siccité et acidité constante de la bouche du côté paralysé, développement du muguet exclusivement à gauche. —(*Résumé*).

Auguste A..., 26 ans. Entre service Gubler le 1^{er} octobre 1864. — Se plaint depuis 5 semaines de douleurs dans la région lombaire, d'accidents fébriles quotidiens caractérisés par frissons, chaleur, sueurs, revenant régulièrement tous les soirs :

Aspect cachectique, anorexie, pas de signes de tuberculose, pas d'œdème, urines purulentes : leur émission est fréquente, douloureuse et s'accompagne de ténésme vésical.

DIAGNOSTIC : Pyélonéphrite avec cystite du col. On ne trouve pas de cause : ni blennorrhagie, ni refroidissement.

Au milieu d'octobre, douleur vive, insupportable dans l'oreille gauche que suit bientôt un écoulement de pus par le conduit auditif. « 3 ou 4 jours plus tard il survient de la tuméfaction au devant de l'oreille, et la région parotidienne devient douloureuse ainsi que la gorge du même côté. » A ce moment apparaissent tous les signes d'une paralysie faciale flasque du côté gauche et incomplète. « Au bout de 2 ou 3 jours, cette paralysie par inflammation du nerf facial se complique de douleurs névralgiques vives et constantes, occupant non seulement les nerfs de sentiment placés au voisinage du foyer phlegmasique, mais aussi tous les rameaux sans exception du nerf trijumeau ». Points douloureux très violents sous-orbitaire, dentaire infé-

rieur, temporal, sus-orbitaire, nasal gauche. Comme la douleur devient encore plus vive, les jours suivants, on donne de l'aconitine. En 5 jours sédation des phénomènes douloureux. « Il ne reste plus à ce moment quela douleur parotidienne notablement amoindrie. La paralysie faciale est également diminuée. *Cette névralgie de toutes les branches du trijumeau gauche n'a été accompagnée à aucun moment de sa durée ni de douleurs profondes dans l'oreille, ni de céphalalgie gravative, ni d'insomnie, ni d'agitation et à plus forte raison de délire.* »

8 novembre. — Persistance de la paralysie faciale, gonflement rétromaxillaire, otorrhée. Tout s'atténue graduellement, et même la pression des points d'émergence des rameaux indiqués ne cause plus de douleur notable.

12 novembre. — Altération de la sensibilité de la face, hypoesthésie à gauche, surtout dans les régions frontale et maxillaire inférieure. « Une légère friction exercée sur un point quelconque du côté gauche du visage, mais principalement dans la région parotidienne, détermine une sorte de frémissement qui ne se produit pas de l'autre côté. L'irritabilité musculaire du côté paralysé se montre très affaiblie soit qu'on la provoque par la pression ou par un courant électrique. » Traitement électrique.

14 novembre. — Le malade accuse une sensation de sécheresse du côté gauche de la bouche qui existerait, d'après lui, depuis le début de la maladie.

18 novembre. — L'examen de la bouche révèle :

1° Une siccité plus marquée des gencives et de la joue gauche.

2° Une réaction acide de ce même côté.

3° Des plaques de muguet « sur les gencives postérieures, la muqueuse géniale et l'angle compris en're-

les deux mâchoires, supérieure et inférieure, tandis qu'il n'existe rien de semblable à droite ou la muqueuse est plus lubrifiée et n'offre qu'une acidité légère ». C'est, en somme, la conséquence de l'extension de l'inflammation auriculaire à la parotide et au tronc du facial.

22 novembre. — Persistance de la paralysie faciale et de l'anesthésie.

Commentaires : « Au résumé une otite purulente du côté gauche se propage à travers les incisures de Santorini dans la région parotidienne correspondante. L'inflammation atteint le tronc de la 7^e paire au sortir de l'aqueduc de Fallope. Il en résulte une paralysie musculaire de la face du côté correspondant, et bientôt des douleurs névralgiques intenses dans la même région. Ces douleurs, loin d'être bornées aux branches inférieures du trijumeau, à celles qui sont situées au voisinage du foyer de la phlegmasie, sont répandues au contraire dans tous les rameaux du nerf de la 5^e paire aussi bien dans le frontal et le nasal, branches de l'ophtalmique, et dans le maxillaire supérieur que dans les temporaux ou le dentaire inférieur par exemple. Une pareille généralisation devait naturellement faire craindre une propagation inflammatoire depuis l'oreille externe jusqu'aux méninges de la base du crâne et au ganglion de Gasser couché sur le rocher, soit que la propagation eut lieu le long du canal de Fallope, soit qu'elle se fût effectuée au travers de l'oreille interne et de la substance osseuse. Or des objections également puissantes s'élevaient contre l'une et l'autre de ces hypothèses. Si une inflammation intense s'était frayée une voie le long du canal osseux que remplit en grande partie le tronc du facial, la compression de ce dernier eut amené tout

à coup une paralysie faciale complète, avec déviation de la lnette, ce qui n'a pas eu lieu. D'ailleurs on ne constatait ni recrudescence dans l'intensité de la douleur d'oreille ni déplacement du foyer de cette douleur vers la profondeur de l'appareil acoustique. Il n'y avait ni céphalalgie intra-crânienne, ni agitation, ni aucun trouble fonctionnel en rapport avec une méningite. Rien n'autorisait par conséquent à chercher dans une inflammation de la base du crâne, intéressant les tronc de la 5^e paire, la causé de ces douleurs répandues dans toutes les expansions périphérique de ce nerf sensitif. Il fallait chercher d'un autre côté l'explication de ce phénomène.

Gubler la voit dans ce qu'il appelle une *névralgie réflexe*, l'inflammation ayant déterminé dans les filets moteurs un ébranlement qui s'est propagé aux filets sensitifs. Nous l'expliquerons par une *nécrisie propagée* des filets du facial à ceux du trijumeau dont on connaît l'intrication périphérique en plexus.

Par conséquent en vertu de cette solidarité anatomique, physiologique et clinique des 5^e et 7^e paires craniennes, nous nous croyons autorisé à admettre les névralgies d'emprunt du nerf facial ou névralgies de la face proprement dites.

On a parlé de *névralgies réflexes* ou *sympathiques* du trijumeau. On ne trouve pas pour les expliquer de causes d'irritation dans la sphère de la cinquième paire, mais il existe un état pathologique en un autre lien de l'organisme. Elles apparaissaient évidemment plus fréquentes jadis quand les recherches étiologiques étaient plus difficiles. C'est à leur sujet qu'il faudra surtout se souvenir de la phrase

de Chaponnière qui ne les admettait guère : « *Nous ne pensons pas, écrit-il, qu'il suffise d'avoir rencontré ensemble deux maladies, pour croire que l'une soit nécessairement la suite de l'autre.* » Les auteurs ont pourtant signalé des prosopalgies d'origine digestive, génitale, urinaire. J. Frank professait que la névralgie de la cinquième paire peut résulter de vices abdominaux, et que si on la trouve plus souvent à droite, c'est à cause d'une affection du foie. Les *vers intestinaux* ont été incriminés (Swedjaur, Blackett) et leur expulsion coïncida avec la disparition d'une névralgie trifaciale. Hamel citait l'état saburral des premières voies digestives comme genèse de névralgies, et Rennes, Neucourt signalaient le tic douloureux à la suite d'une *gastralgie*. Gusenbauer croit que la *constipation* les engendre : il faut donc la combattre. Bellingeri, Schenck, Blackett affirment le rôle prédisposant des *affections des voies urinaires* (rétrécissements de l'urèthre, affections prostatiques). Valleix, sans trop se hasarder, admettait l'influence sympathique des règles. Chez des malades atteintes de cancer utérin, Blackett, Cerioli auraient vu trois fois une névralgie de la face. On connaît l'observation de Cerise : femme atteinte de névralgie faciale inexplicable. On constate chez elle un fibrome. On l'enlève. La malade guérit à la fois de son opération et de sa névralgie faciale.

Rapprochons-nous de ces névralgies faciales réflexes, celles qu'on peut appeler *métastatiques*. Elles rentrent évidemment dans le cadre de l'arthritisme. Ce sont celles qui paraissent alterner avec

des attaques de goutte ou leur succéder ; avec la suppression de flux hémorrhéïdaires (Frank, Bellingeri) ; avec des maladies cutanées : psoriasis, couperose etc., dont les anciens auteurs signalent l'action dérivative (André, F. Hoffmann, Masius, etc.)

Nous en avons vu qui durant depuis longtemps (grandes névralgies), disparaissaient par un traitement et faisaient place à d'autres localisations douloureuses (talalgie, viscéralgie). Du reste, ni Grisolle, ni Valleix qui les dénomme *névralgies erratiques* ne les ont ignorées pour les formes aiguës (petites névralgies). « Chez un certain nombre de sujets, une névralgie après avoir duré quelques jours disparaît : puis au bout d'un temps peu considérable, il s'en montre une autre dans un autre point ; puis, la première paraît ou l'on en voit survenir une autre ayant un siège différent des premières, et toujours après un intervalle peu considérable. » Mais leur intensité est bien moins grande que celle de la névralgie primitive. La névralgie faciale peut encore se montrer associée à d'autres. C'est la *névralgie multiple* (Valleix). Dans le « traité des névralgies » la 2^e observation où la trigéminalgie se compliqua de névralgie intercostale en est un exemple. Le même auteur cite un cas où une névralgie faciale apparue à la suite d'une contusion, gagna de proche en proche tout un côté du corps. Les névralgies multiples ne seraient pas rares chez les chlorotiques, où le trijumeau est surtout touché (Trousseau). Sous le nom de *névralgie générale*, Valleix décrit un complexe symptomatique (qui paraît s'observer surtout chez

des alcooliques) que caractérisent, outre des points sur le trajet de plusieurs nerfs, des phénomènes cérébraux (étourdissements, vertiges, tremblement etc.). Fonssagrives en 1856 reprend l'étude de cette forme, surtout de sa variété paludéenne. Il ne démontre rien de nouveau.

PATHOGÉNIE

DE LA DOULEUR EN GÉNÉRAL

Nous l'avons donc vu, il existe des névralgies tri-faciales qu'entretient une épine périphérique ou que détermine une irritation des centres. Cependant, toutes, si on les envisage dans leur essence, dans leur manifestation principale, la douleur, ont une origine centrale

Définitions de la douleur.

Mais, tout d'abord, qu'est-ce que la douleur ? La douleur est un phénomène psychique, un état de conscience consécutif à une sommation d'excitations ou de sensations fortes se faisant en des points divers du système nerveux sensitif. Eulenburg dit que chaque sensation s'accompagne d'un « élément de sentiment personnel » ordinairement si atténué qu'il n'est pas perçu. Mais il se manifeste toutes les fois que l'excitation provocatrice de la sensation est plus forte. La douleur n'est donc qu'un degré, le plus élevé du sentiment qui accompagne chaque sensation. C'est un phénomène essentiellement banal, mais aussi bien complexe, puisqu'il se rattache aux

perceptions psycho-physiologiques et qu'il constitue presque seul la pathologie.

On peut dire que les études de la douleur, et par conséquent ses théories, ont passé par trois phases : métaphysique, physiologique, clinique, à chacune desquelles a correspondu une manière de voir exclusive.

Cicéron, dans ses *Tusculanes*, regarde la douleur comme un mouvement désagréable qui se passe dans le corps, mais en dehors des sens.

Faisant abstraction des définitions philosophiques qui furent celles de l'antiquité et du moyen-âge, voyons ce qu'en dirent les médecins.

BOERHAVE la considère comme une distension des fibres nerveuses qui tirent leur origine du cerveau. SAUVAGES la croit une perception incommode et confuse dûe à quelque lésion des fibres nerveuses. BILON, puis GERDY se refusent à la définir, car dit ce dernier, « il n'est personne qui ne la connaisse par expérience ». RENAULDIN la définit « une perception qui frappe ou tout le corps ou le plus souvent quelque une de ces régions, de telle sorte que la sensibilité lésée éprouve ordinairement une exaltation d'une nature pénible ». MONNERET et FLEURY en font « une sensation désagréable, pénible, perçue par le cerveau, et transmise à cet organe par les cordons nerveux, à l'extrémité ou sur les troncs desquels s'est exercé un modificateur direct ou indirect, actuel ou commémoratif, de nature d'ailleurs variable ». G. DE MUSSY l'appelle « une modalité anormale de la sensibilité, provoquée soit par une action irrégulière de l'organisme soit par une im-

pression du monde extérieur qui trouble l'harmonie fonctionnelle. Elle dénonce à l'économie vivante des conditions qui lui peuvent être nuisibles ». ELOI, la dépeint « toute sensation pénible perçue par les centres nerveux, mais variée dans ses modalités, ses effets et ses causes ». La douleur est donc une anomalie de la sensibilité « signe avertisseur d'un danger imminent ou dénonciateur d'une lésion déjà existante. On doit la regarder avec Spring comme le cri d'alarme de l'organisme aux abois, et comme l'appel au secours. C'est donc un symptôme qui met l'attention en éveil, et dans ce sens, les stoïciens avaient bien quelque motif de considérer la douleur comme le suprême bien-fait des dieux ».

Conditions de la douleur. La douleur même purement physique est un phénomène psychique, une perception de l'ordre le plus élevé et le plus complexe. Comme tous les états de conscience elle suppose l'existence de la mémoire, et par conséquent du cerveau.

La conscience, c'est-à-dire la notion de l'existence du moi, repose, on le sait, sur la base du souvenir. La conscience et le moi sont variables, et sont surtout constitués par une série, une succession de sensations mnésiques de courte durée, mais assez rapprochées et assez semblables entre elles pour donner la notion de stabilité et de continuité dans le temps. En fait pourtant, un individu n'est jamais à vraiment parler le même à deux moments de son existence.

La douleur étant un *état de conscience* en possède toutes les propriétés. Elle est au premier chef *individuelle*, donc variable. De plus chez l'homme elle ne s'extériorise qu'à la volonté de celui qui la ressent. Le sujet peut l'éprouver sans la manifester par des cris et des mouvements. En tout cas il existe d'indéniables variations qu'expliquent les différences de milieu, de race, de personnes.

M. Richet a mis en évidence l'influence du *milieu extérieur*, surtout de la température. C'est ainsi que les grenouilles d'hiver résistent moins à la douleur. Certaines espèces de chiens sont plus stoïciennes que d'autres. Les races humaines inférieures sont plus endurantes que les peuples civilisés, à intelligence affinée.

L'*âge* intervient aussi. Le nouveau-né dont le système nerveux est rudimentaire, qui n'a pas encore ébauché sa notion du moi, dont il possède à peine les éléments constitutifs, sent la douleur d'une façon très confuse. Au point de vue du *sexe*, les auteurs ne sont pas d'accord. La femme pour les uns serait plus sensible à la douleur (Galton, Mantegazza, Dehn, Fouillée, Swift, Mac-Donald, Miss Carman). Elle serait au contraire hypoalgique d'après d'autres (Sergi, Lombroso, Féré, Havelock Ellis, Patrick, Ottolenghi). Il n'y a pas de raison physiologique pour que l'homme ou la femme ressentent plus ou moins la douleur, mais dans la pratique, on est souvent à même de constater la grande force de résistance du sexe dit faible. Cette supériorité réside dans un plus grand effort de volonté. Nous avons vu, pour de petites opérations chirurgicales, sans anesthésie, la moyenne des femmes se

comporter beaucoup plus vaillamment que les hommes.

On a essayé de mesurer la douleur ou plutôt reconnaître son moment d'apparition (seuil de la douleur) et d'influer sur son intensité. On s'est servi, pour ce, d'*algomètres* ou *algésimètres*, les uns électriques (Lambroso) les autres à poids (Bjornstrøm, Griffing, Buch, Motchutkowsky, Mac-Donald, Chéron). Il est facile de concevoir la difficulté de l'interprétation des résultats, étant données les influences arbitraires auxquelles est soumise la constatation de la douleur (attention, bonne volonté, intelligence du sujet expérimenté). Et pourquoi alors néglige-t-on de mesurer tous ces facteurs ?

En réalité tout ce qu'on peut dire c'est que : « la douleur est produite par une excitation nerveuse forte (Richet) » laquelle « modifie profondément l'état du nerf » ou des centres nerveux. Expérimentalement, la douleur peut être provoquée par des excitations mécaniques, électriques, thermiques par des irritations lumineuses, auditives, odorantes et gustatives trop vives. On a distingué 3 phases (Richet) de durée variable : 1^{re} phase, d'excitation sans sensation ; 2^e phase, d'excitation avec sensation ; 3^e phase, d'excitation avec sensation douloureuse.

Si la première est seule existante, les deux autres manquant, il y a *analgésie*. Si la première et la deuxième font défaut, il y a *hyperalgésie*. Si nous envisageons maintenant la nature des excitations productrices des douleurs pathologiques, nous voyons que les unes sont physiques (piqûres, sec-

tions, compressions) ; beaucoup d'autres, les moins facilement explicables, sont d'ordre chimique, localisées à une région, à un système d'organes, ou généralisées (intoxication du milieu sanguin, fermentations, sécrétions irritantes).

Nous venons d'élucider ce qu'il est permis d'appeler les conditions extrinsèques de la douleur, indépendantes de l'individu et qu'on peut concevoir comme existant en dehors de lui. — Voyons en les conditions essentielles, intrinsèques, faisant partie de l'être anatomique, et sans lesquelles nulle douleur ne saurait avoir lieu.

L'existence de toute perception douloureuse suppose : 1° Des terminaisons nerveuses, points de départ ;

2° Des voies de conduction ;

3° Des centres de perception.

Mais si les auteurs sont d'accord à ce sujet, ils cessent de l'être, lorsqu'il s'agit de savoir si la douleur résulte de l'excitation des appareils nerveux de la sensibilité générale, où s'il existe un système douloureux spécialisé, et par sa périphérie, et par ses centres, en un mot s'il y a ou non un *sens de la douleur*.

a) Terminaisons nerveuses.

Suivant une première théorie, il existerait des terminaisons nerveuses particulières. Dans le toucher, CARDAN distinguait 4 sens différents : un sens thermique, un sens pour la douleur et le plaisir, un sens de la pesanteur, le quatrième et dernier était le sens

génital. BEAU, différencie la sensibilité tactile de la sensibilité douloureuse. LANDRY admet des sens de contact, d'activité musculaire, de température ayant chacun leurs nerfs spéciaux. Dans des temps plus modernes, se basant sur la loi de *l'énergie spécifique des nerfs sensoriels* établie par MULLER et HELMHOLTZ, à savoir, que chaque catégorie de filets nerveux ne peut nous renseigner que sur une seule qualité de la sensation, des auteurs ont soutenu à nouveau la spécialisation des filets nerveux de la peau.

On distingua d'abord, *des nerfs pour le chaud et le froid*. HERING admet que, seuls certains points de la peau sont susceptibles de ressentir des impressions thermiques. MAGNUS BLIX alla plus loin et décrivit des nerfs pour le chaud et des nerfs pour le froid. GOLDSCHIEDER maintint cette distinction. Il existerait, d'après lui, 1^o des « Kæltepunkte » assez nombreux, superficiels car le temps de perception des sensations qu'ils donnent est plus court. Ils sont régulièrement distribués à la surface du corps.

2^o des « Wärmepunkte » moins nombreux, plus profonds et dont la distribution irrégulière se répartit sous forme de chaînes. Ces deux sortes de points ne sentiraient pas la douleur. ALRUTZ vérifia ces expériences. Il confirma que chaque point calorifique ou frigorigène ne peut donner que sa sensation et que même un point froid excité par la chaleur ne donne qu'une sensation de froid. Les auteurs précédents admettaient naturellement *des points de pression*. Blix et Goldscheider ont cherché à les

mettre en évidence. Ce dernier les croit plus nombreux que les points thermiques et essaie de déterminer leur répartition. Il poussa même ses recherches plus loin et reconnut dans la peau l'existence de *points de douleur*, mais il ne voulut pas admettre l'existence de nerfs spécifiques pour la douleur. Pour lui, la sensation douloureuse n'est fournie que par les nerfs de sensibilité générale et de pression à l'exclusion des autres nerfs sensitifs. MAX VON FREY à l'aide d'un exciteur capillaire (formé par un cheveu) crut démontrer qu'il y a des points sensibles à la douleur distincts des points de pression. Il y aurait donc des nerfs de douleur, distincts des nerfs du tact, du chaud et du froid. Mlles IOTÉYKO et STÉFANOWSKA, en se servant de l'algésimètre de Chéron, confirmèrent les affirmations de Von Frey. Elles ont montré que la douleur apparaît plus rapidement dans les régions à peau fine (tempe) que dans les endroits où la peau est plus épaisse (pulpe des doigts) THUNBERG a cherché à résoudre la localisation en profondeur des nerfs de la douleur, du froid, du chaud. C'est dans cet ordre, du reste, que ses expériences les lui indiquent superposés. M. FRÉDÉRICQ partage ces opinions. Il se base aussi, pour admettre l'existence des nerfs de la douleur, sur ce fait que les excitations douloureuses retardent sur les sensations tactiles, que, de plus, la vibration douloureuse quel que soit l'excitant est identique.

Il y aurait quatre sens cutanés. Il a fallu leur donner des *localisations* en rapport avec l'histologie. Les terminaisons libres de Cohnheim ressentiraient l'excitation thermique ; les corpuscules de Meissner

les impressions tactiles ; ceux de Paccini les sensations de pression. Merkel place le siège du tact dans les terminaisons cellulaires, de la température dans les terminaisons libres. Pour d'autres, les filets terminaux libres seraient voués à la sensibilité générale, les filets cellulaires seraient de tact et de température (Waldeyer, Grünhagen). Von Frey croit que les points de pression sont ressentis dans les corpuscules de Meissner, là où il n'existe pas de poils, et dans le réseau péripapillaire au niveau des poils. Les terminaisons nerveuses libres seraient réservées aux sensations douloureuses. Les points de froid seraient cantonnés dans les corpuscules de Krause, et les corpuscules de Ruffini seraient destinés aux points de chaleur.

En faveur de l'existence de nerfs dolorifiques plaident de nombreux arguments. Tout d'abord, les *dissociations*. Il existe des *dissociations physiologiques*. Gerdy avait dès longtemps fait remarquer que la peau ressent le tact tandis que les tendons ne perçoivent que la douleur. Il est du reste des organes qui ne sont sensibles qu'à la douleur, tels la vessie, les intestins. En d'autres régions le tact seul est perçu à l'exclusion des sensations douloureuses : telle dans la bouche, la région jugale paramolaire de Kiesow. Il y a des *dissociations fonctionnelles*. Les plus intéressantes sont centrales. Si l'on soumet un individu à l'anesthésie générale (éther ou chloroforme), le premier effet de l'anesthésique est l'anal-gésie. Après la sensibilité à la douleur, disparaissent successivement les sensibilités tactiles, puis

visuelles, puis auditives. Chez les animaux, comme l'avait déjà fait remarquer Schiff, on assiste à la même évolution. Quand on fait la rachicocaïnisation, ou si on injecte de la scopolamine, c'est encore la sensibilité douloureuse qui s'anéantit la première, laissant indemne la sensibilité tactile.

A côté des théories pluralistes qui croient à l'existence des nerfs de la douleur, il y a la doctrine uniciste qui n'admet qu'une sorte de terminaisons nerveuses recevant toutes les sensations. VULPIAN était de cet avis. De même, M. RICHEL. A ceux qui décrivent des nerfs spéciaux de la douleur, on peut répondre :

1° Il n'y a pas de raison pour ne point pousser à ses extrêmes limites la loi de Müller. Par exemple : d'après la doctrine de la spécialisation des nerfs, il doit exister des nerfs de l'excitation électrique. « La sensation que fait éprouver l'électricité est une sensation tout à fait spéciale. Ce n'est ni la chaleur, ni le froid, ni la sensibilité mécanique, ni la douleur. Peut on supposer qu'une excitation électrique faible va exciter des nerfs spécialement destinés à la sensation électrique, tandis qu'une excitation électrique forte va exciter d'autres nerfs, les nerfs de la douleur ? Pareille hypothèse semble assez absurde et d'ailleurs en analysant avec autant de précision que possible les sensations qu'on éprouve lorsqu'on électrise un point quelconque de son corps on perçoit parfaitement la graduelle augmentation du phénomène sensible. D'abord un léger fourmillement, puis ce même fourmillement, devenant plus fort, désagréable, puis ce

même fourmillement devenant insupportable, et finalement atrocement douloureux. Très certainement c'est une même sensation qu'on sent nettement croître en intensité jusqu'à la douleur à mesure que l'excitation va en croissant. On devrait donc si l'on admettait l'existence des nerfs spéciaux pour la douleur, admettre que le courant électrique faible ne les excite pas, mais que, tout d'un coup, il vient à les exciter et à provoquer de la douleur ; cela semble bien peu rationnel» (Richet).

2° En dehors des critiques qu'on peut adresser à la méthode algésimétrique qui décrit des points spéciaux de la douleur, ayant toujours mêmes localisations, n'est-on pas de plus, en droit de se demander comment il se fait que les douleurs, chez les malades, ne se manifestent pas toujours en ces points ?

3° Tous les physiologistes s'accordent à dire que seule une excitation forte peut produire de la douleur. Par conséquent les nerfs de la douleur ne doivent réagir qu'aux excitations fortes. Si cela est, ils constituent une exception (Richet).

4° Tout le monde, même les partisans des nerfs dolorifiques, reconnaît que la douleur spontanée ou provoquée est un phénomène d'ordre pathologique. S'il en est ainsi, peut-on admettre, que dans notre mécanique physiologique, il y ait des organes percevant seuls, et seulement des sensations morbides.

5° Comment peut-on expliquer les douleurs d'origine centrale (Nothnagel, Gowers, Wernicke, Edinger, etc.), qui accompagnent tous les processus

développés sur le trajet de la voie sensitive, la comprimant ou la détruisant (couches optiques, capsule interne, pédicules, protubérance) ? Comment interviennent dans ces cas les nerfs dolorifères ?

6° L'argument de l'anesthésie générale invoqué par les partisans des nerfs de la douleur se retourne contre eux.

Qu'observe-t-on en, effet ? D'abord l'envahissement des centres nerveux dont les fonctions délicates disparaissent les premières, puis, après l'abolition du sentiment celle des sensations tactiles, visuelles, auditives. Enfin survient la résolution musculaire.

b) *Voies de conduction.*— Quelles sont les *voies de conduction* de la douleur ? A la périphérie elles ne sont même plus discutées.

C'est le nerf sensitif seul ou confondu avec un nerf moteur. Mais les excitations algésiogènes arrivent dans la moelle. Magendie et Longet croyaient qu'elles suivent les *cordons postérieurs*. Schiff isola ces faisceaux et vit que leur irritation est douloureuse. Vulpian et Brown-Séquard arrivèrent aux mêmes résultats. Chauveau ne les confirma qu'en partie, et, pour lui, seules les couches superficielles de ces faisceaux blancs seraient excitables. Donc les cordons postérieurs sont sensibles. S'en suit-il qu'ils soient les conducteurs attitrés de la sensibilité douloureuse ? Bellingeri avait déjà observé que, malgré la section des cordons postérieurs, la sensibilité persiste, et que bien plus, dans les régions en rapport avec la moelle sous-jacente existe une

notable hyperesthésie. Fodera et Calmeil confirment l'assertion du savant italien. Philippeaux et Vulpian, Brown-Séguard font la contre-expérience : ils sectionnent la moelle à l'exception des cordons postérieurs, et voient la sensibilité complètement abolie dans l'arrière-train de l'animal.

Les cordons postérieurs ne conduisent donc pas la sensibilité. Serait-ce la *substance grise* ? Tous les auteurs avaient reconnu son inexcitabilité. Mais ne pouvait-elle, quand même, jouer le rôle de conducteur ? Van Deen le premier, Brown-Séguard après lui, le démontrent : la section de la moelle à l'exception de la substance grise et de cordons postérieurs ne détruit que la motilité. Ces mêmes physiologistes, par une intervention des plus délicates, lèsent la substance grise en évitant les autres parties de la moelle, et ils voient la sensibilité disparaître complètement. Donc la substance grise, bien qu'inexcitable, draine les excitations sensibles.

La conduction dans la substance grise est-elle croisée ? VULPIAN admet que les excitations « peuvent passer par l'une ou l'autre moitié presque indifféremment, peut-être par les deux à la fois. En tout cas, lorsque la route est barrée dans une des moitiés la propagation se poursuit par l'autre » et l'entrecroisement, s'il existe, est très incomplet. SCHIFF pense que les faisceaux postérieurs transmettent les impressions tactiles, la substance grise les impressions douloureuses. BROWN-SÉQUARD s'appuie sur la pathologie pour affirmer l'existence dans la moelle de conducteurs spéciaux au tact, à la douleur, à la température.

« 1° Les conducteurs des impressions de toucher, de chatouillement, de douleur et de température venant des membres du tronc, sont absolument distincts les uns des autres.

2° Chacune de ces espèces de conducteurs coupe une partie distincte de la moelle épinière.

3° A la partie supérieure de la moelle épinière, les conducteurs de ces quatre espèces d'impressions sensibles provenant des membres abdominaux et d'une grande partie du tronc, forment un groupe placé en arrière d'un groupe analogue composé de conducteurs des mêmes espèces d'impressions sensibles provenant des membres thoraciques et du col.

4° L'entrecroisement des conducteurs de ces impressions provenant du tronc, du col et des quatre membres se fait entièrement dans la moelle épinière.

5° Les conducteurs servant au sens musculaire, de même que les conducteurs des ordres de la volonté aux muscles, ne s'entrecroisent aucunement dans la moelle épinière. »

Vulpian s'inscrit énergiquement en faux contre les affirmations de Brown-Séquard.

En ce qui concerne cette spécialisation à outrance des conducteurs nerveux sensitifs, la question n'est pas définitivement élucidée.

On peut seulement dire que *la substance grise bien qu'inexcitable paraît être le conducteur médullaire de la douleur.*

Quelles sont les *voies de conduction cérébrale* ?

C'est sans doute la voie sensitive, qui passe par la protubérance, les pédoncules, la capsule interne,

les couches optiques et se prolonge jusqu'à la région rolandique. L'excitation de ces diverses régions est douloureuse. De plus, on a noté de l'athésie plus ou moins complète au cours de leurs lésions.

c) *Centres de perception.* — Les centres de perception de la douleur sont des plus discutés.

Tout d'abord il existe un *sensorium commune*, c'est-à-dire un lieu où arrivent toutes les impressions périphériques et où elles se transforment en sensations.

Les anciens physiologistes Lorry, Serres, Desmoulins, Bouillaud, Gerdy, J. Müller le localisaient surtout dans la protubérance. Longet, par de multiples expériences, montre que l'ablation du cerveau ne fait pas disparaître la sensibilité. Des lapins et des chiens, auxquels il ne laissait que la protubérance et le bulbe, poussaient des cris plaintifs si on leur pinçait le trijumeau intracrânien ou lorsqu'on les soumettait à de vives excitations extérieures. Si, chez ces animaux, on lésait la protubérance, il n'y avait plus de réactions douloureuses, bien que quelque temps encore, respiration, circulation et les autres fonctions se continuassent. La protubérance serait donc le centre perceptif des impressions sensitives. Vulpian arrive aux mêmes conclusions. Il est bien certain que le cerveau est nécessaire pour la transformation de ces sensations en états de conscience. M. Richet pense que la sensation de douleur est finalement élaborée dans les centres bulbo-protubérantiels où elle vient se terminer après être

allée encore aux régions rolandiques d'où elle retourne par la capsule interne. D'autres ont placé le sensorium commune dans le cerveau périphérique, dans les couches optiques, dans le cervelet. Indéniablement l'excitation de la région rolandique est douloureuse. On n'en peut pas conclure qu'elle est le centre de la douleur. Son ablation, en effet, n'empêche pas l'animal de continuer à ressentir les impressions douloureuses. Il est probable, comme le fait remarquer Richet, que cette région joue le rôle de cordon nerveux sensible, non de centre de sensibilité à la douleur. Et puis, l'expérimentation chez l'animal, les opérations chez l'homme, montrent l'indolence des résections de la région psycho-motrice.

On ne discute même plus aujourd'hui l'opinion de Lapeyronie Saucerotte, Pourfour du Petit, plaçant dans le cervelet les centres dolorifiques. Toute la pathologie de cet organe s'inscrit en faux contre cette opinion.

Luis avait voulu localiser dans le plus gros des noyaux de la couche optique le centre de la douleur ; mais la pathologie (syndromes thalamiques), n'a pas donné raison à cette théorie.

Il n'est pas aisé de conclure. Pourtant rien ne s'oppose à ce que l'on distingue .

1^o Un lieu commun où se concentrent les sensations. Suivant les auteurs il serait protubérantiel, bulboprotubérantiel, cérébelleux, cérébral.

2^o Des centres multiples d'élaboration de la douleur, où les sensations qui dépassent une certaine intensité sont perçues comme douloureuses.

Ceux-ci doivent a priori se trouver dans le cerveau.

Bechterew les place à la corticalité cérébrale, vers la 3^e ou 4^e circonvolution du pli courbe, entre le bord externe du gyrus sigmoïde et le bord du lobe temporal,

Suivant Mlle Ioteyko, il existerait des centres corticaux de la douleur, différents de ceux de la perception des autres sensations. D'après elle et Stephanowska, le côté gauche est plus sensible à la douleur, et l'on peut dire que, si pour le mouvement il est des droitiers et des gauchers « pour la douleur nous sommes tous gauchers ». Mlle Ioteyko ne dit pas la situation exacte de ce centre qui est dans le voisinage de la zone rolandique.

Les conditions d'existence de la douleur étant étudiées, nous pourrions aller plus loin et essayer de reconnaître sa nature, son essence.

Nature de la douleur.— La douleur bien certainement n'est pas un simple état physiologique. S'il est évident qu'elle influe sur une foule de fonctions organiques, fait baisser la température centrale, amène de la tachycardie puis l'arrêt du cœur (Schiff), diminue le nombre, la régularité des mouvements respiratoires en augmentant leur amplitude (L. Mayer), trouble et arrête la digestion, il n'en est pas moins avéré qu'elle constitue un état de conscience supérieur et des plus complexes, où intervient la mémoire et par elle, la coordination des sensations douloureuses, l'attention etc. Ses manifestations sont des plus nombreuses : elle s'extériorise, soit par des contractions musculaires, soit par des paraly-

sies, soit par des troubles respiratoires et vocaux, sécrétoires et digestifs, vasomoteurs périphériques. Elle s'associe à des troubles psychiques très variables, suivant les individus : colère chez les violents, jactitation et délire chez les bavards, terreur chez les craintifs, crises religieuses chez les croyants, mutité chez les êtres renfermés et froids. Suivant le sexe, l'âge, la race, l'éducation et la profession, la douleur varie à l'infini dans ses manifestations extérieures.

La douleur, a-t-on dit, est une sensation, mais elle n'est pas que cela. Tout d'abord, une sensation se caractérise par un phénomène physique (irritation, qui est ordinairement perçu (perception), et par un phénomène psychophysiologique tout à fait individuel qui fait classer la sensation comme agréable, ou indifférente, ou douloureuse.

Axenfeld refuse de se prononcer sur la nature de la douleur qu'il considère comme une « question ardue, presque métaphysique ». Pourtant les théories n'ont pas manqué. Tous les auteurs sont unanimes à admettre que la douleur est une *perversion* de l'activité nerveuse, qui, pour les uns est simplement modifiée, pour d'autres diminuée, pour le plus grand nombre excitée.

1^{re} THÉORIE. — *Perversion simple*. — La douleur est le résultat de la perversion de l'activité des éléments nerveux (Hasse et Griesinger). C'est une « parasthésie ». Anstie l'envisage « comme un obscurcissement de la véritable fonction. Elle est due à une perturbation de la force ner-

veuse, prenant son origine dans un trouble dynamique soit dans le système nerveux, soit en dehors de lui. La susceptibilité à cette perturbation est en raison directe de l'imperfection physique du tissu nerveux et n'a d'autres limites que le point où cette imperfection arrive à détruire les communications nerveuses et à amener la paralysie ».

2^e THÉORIE. — *Diminution*. — (Weber, Budge-Stillling, Hirsch). La douleur consisterait dans une diminution, une dépression de l'activité des nerfs. Ainsi la chaleur et le froid ne la provoquent que par l'excès de leur intensité (Weber), qui met la substance nerveuse en état d'infériorité physiologique.

3^e THÉORIE. — *Exagération*. — La surexcitation des fibres nerveuses déterminerait la douleur. C'est la doctrine la plus généralement admise aujourd'hui et à laquelle se rattachent presque tous les physiologistes.

Descartes ne disait-il pas : « Si les petits filets qui composent la moelle de ces nerfs, sont tirés avec tant de force qu'ils se rompent et se séparent de la partie à laquelle ils estoient joints en sorte que la structure de toute la machine en soit en quelque façon moins accomplie, le mouvement qu'ils causeront dans le cerveau donnera occasion à l'Ame... d'avoir le sentiment de la douleur » ?

M. RICHTER a démontré les faits suivants :

« 1^o La douleur est provoquée par une *excitation forte* des nerfs périphériques (ou des centres nerveux).

« 2° Une excitation forte est celle qui provoque un *changement d'état profond et rapide* dans la constitution même de nos nerfs.

« 3° L'excitation forte a pour effet la désorganisation du nerf et des tissus ; par conséquent les *excitations douloureuses sont les excitations nocives, destructives, désorganisatrices* ».

Toute irritation violente mécanique, physique ou chimique, produira donc de la douleur. Voici d'ailleurs les conclusions auxquelles était arrivé Richet dans sa thèse bien connue.

1° La sensibilité ne peut être étudiée d'une manière fructueuse que sur l'homme, et l'électricité d'induction est le moyen le plus exact de l'apprécier.

2° Par une longue *série d'excitations égales entre elles et très rapprochées*, la sensibilité décroît lentement, mais après un court repos, revient rapidement à l'état normal.

3° *Deux ou plusieurs excitations égales entre elles et très rapprochées*, produisent un *effet sensitif qu'elles sont insuffisantes* à produire si elles sont *isolées* ou éloignées l'une de l'autre, ce qui démontre qu'il y a dans les centres nerveux une *accumulation* d'effets, ou mieux une persistance d'action comparable au phénomène de la contraction musculaire.

4° Le muscle avec lequel on peut le plus avantageusement comparer la sensibilité, est le muscle de la pince de l'écrevisse dont l'élasticité est considérable et qui, par la lenteur de ses réactions et sa puissante vitalité, est très favorable à l'exploration topographique.

5° Il faut distinguer la *transmission* d'une excitation qui est toujours très rapide, quelle que soit son intensité, et le *résultat* de cette excitation qui est tantôt un sentiment, tantôt un mouvement. La transmission est un phénomène qui dépend du nerf ; le sentiment et le mouvement sont des phénomènes dépendant soit des centres nerveux, soit des muscles, et ils ont, après l'excitation, une persistance d'action dont la durée est proportionnelle à l'intensité de l'excitation.

6° Par suite de cette persistance, quand les excitations se suivent avec une certaine rapidité, il se fait entre elles dans les centres nerveux récepteurs ou dans les muscles, soit une addition, soit une fusion.

7° L'*addition* est évidente pour les centres nerveux comme pour les muscles ; elle se produit avec un minimum de deux excitations et un maximum qui semble être à peu près illimité.

8° la fusion s'observe plus difficilement pour les centres nerveux que pour les muscles. Il semble se produire lorsque deux excitations sont séparées par un *intervalle maximum de 1/25 de seconde*.

9° Pour des excitations égales entre elles et fréquemment répétées, le moment de la perception est d'autant plus retardé que leur intensité est plus faible, et d'autant plus rapide que leur intensité est plus grande.

10° Le nombre des excitations nécessaires pour amener soit la perception, soit le mouvement, est inversement proportionnel à l'intensité et à la fréquence des excitations.

11° Il y a une sorte d'éducation de la perception,

même à d'assez longs intervalles entre deux perception consécutives. Le même phénomène s'observe sur le muscle, et il est rationnel d'y voir un fait d'addition. »

En somme, Richet a démontré que :

a) De très faibles excitations d'induction *uniques* ne sont pas perçues.

b) Ces mêmes faibles excitations répétées, sont perçues par une addition ou *sommation* de ces excitations.

c) Gad, Goldscheider confirmèrent, par de nombreuses expériences, ce fait que la sensation violente est due à la *sommation d'excitations*. La piqure unique et faible d'une aiguille n'est pas ressentie comme sensation isolée, mais comme une succession d'excitations. Goldscheider a même montré que si on imprime très légèrement sur la peau la pointe d'une aiguille, le sujet ressent en dehors de la *première sensation* de piqure qui est immédiate, indolore, une *deuxième sensation* qui est séparée de la précédente par un certain intervalle et qui s'en différencie en ce qu'elle peut être douloureuse et ne s'accompagne pas d'une sensation tactile. Il semble au contraire qu'elle vienne de l'intérieur du corps.

Ce dédoublement de la sensation, REMAK l'avait observé chez ses tabétiques qui perçoivent d'emblée la sensation de piqure et, quelques secondes après, la sensation de douleur. NAUNYN a retrouvé le même phénomène fort net chez un de ses malades.

Nous concluerons donc, de cet ensemble de faits, que la douleur est probablement due à *l'addition ou sommations de faibles excitations*. Très vraisemblable-

blement cette sommation a lieu dans la *substance grise* esthésodique de la moëlle et du cerveau (Schiff-Vulpian, Bernhardt, Munk).

Il ne faut pas en tout cas, confondre la douleur avec l'hypéresthésie. La première est une sensation exagérée, la seconde est l'exaltation de la faculté de ressentir la douleur. Elles peuvent du reste exister l'une sans l'autre ou l'une à côté de l'autre.

Causes de la douleur. — Elles doivent être envisagées à deux points de vue en temps que causes immédiates et causes finales.

Ces dernières ne nous préoccuperont pas.

Comment agissent les divers agents qui irritent le nerf ?

Ouspensky pense que : « la douleur est principalement évoquée par les *altérations* qui ont eu lieu dans l'intérieur de l'appareil sensitif nerveux, mais non pas hors de lui. Les altérations dans le système nerveux qui donnent lieu à la douleur, sont, d'après toutes probabilités, *toujours les mêmes, malgré toute la différence de ce qui les éoque* ». Quelles sont ces lésions ? D'après les expériences de Schiff, Ranvier, Heidenhain, etc., l'irritation des nerfs amène :

1^e *Une élévation de température.*

2^e *Des modifications de la réaction du tissu nerveux* qui d'alcaline devient neutre dans les troncs, acide dans les centres (substance grise). Ce phénomène est dû à la formation d'acide lactique et de biphosphate de soude. Pour Ranvier, ces produits de destruction du système nerveux sont des agents

irritatifs des nerfs. Aussi on peut très bien supposer que « chaque douleur est provoquée ou du moins accompagnée de la formation d'une certaine quantité des produits de la métamorphose du système nerveux et de leur influence sur ce dernier ». Cela permet de comprendre pourquoi la douleur reste toujours la même : les causes sont différentes, mais produisent toujours la même altération des centres. Et alors, Ouspensky se laisse aller à cette hypothèse : « La cessation de cette dernière (la douleur) peut être seulement amenée par la neutralisation de ces produits par les parties alcooliques du sang et leur résorption consécutive par les vaisseaux sanguins. « Quant à la quantité des produits de la métamorphose du système nerveux qui est absolument nécessaire pour qu'une irritation évoque la douleur, on peut dire que cela dépend d'une impressionnabilité plus ou moins grande du sujet nerveux, sur laquelle a une grande influence l'état de la nutrition de ce dernier. Les expériences de Ranke et l'observation clinique du *nervosisme* démontrent que la diminution de la nutrition du système nerveux élève considérablement l'impressionnabilité de ce dernier, en même temps que le système moteur subit une altération tout à fait contraire : donc dans ce cas l'activité des nerfs vasomoteurs est amoindrie ».

MAX VON FREY admet aussi des modifications d'ordre chimique pour expliquer la douleur : mais celles-ci consisteraient dans des différences de concentration du liquide que renferment les terminaisons nerveuses.

Mlle IOTÉYKO pense à l'intoxication des terminaisons nerveuses doulorifiques par des « *substances algogènes* ». La production de celles-ci est consécutive à une excitation forte, laquelle toujours s'accompagne de phénomènes d'ordre chimique. Cela étant admis, point n'est besoin de supposer pour que la sensation douleur existe que « la substance toxique doit être transportée au cerveau par voie sanguine. C'est l'ébranlement nerveux des terminaisons nerveuses qui se transmet au cerveau ; ébranlement déterminé par l'action sur les terminaisons nerveuses doulorifiques des poisons algogènes nés sur place au moment de l'excitation forte . . . La formation des substances algogènes n'est pas instantanée, elle demande un certain temps . . . La douleur apparaît bien plus tardivement que les autres sensations (tactile, chimique, acoustique, visuelle, etc.). Un traumatisme violent nous donne d'abord la notion de contact, la douleur ne se produit que quelque temps après ». De même à l'incision d'un panaris, la sensation de la lame du bistouri précède celle de la douleur. Voici du reste, d'après Mlle Ioteyko *le temps de la réaction nerveuse en millièmes de seconde*.

Excitations tactiles.	} 150 σ
— acoustiques.	
optiques.	
doulorifiques.	
	200 σ
	900 σ

La diffusion des substances algogènes explique suffisamment et la persistance et les irradiations de

la douleur. Mais Mlle Ioteyko ne nous dit pas ce qu'est chimiquement la substance algogène. Si, à la rigueur, on peut expliquer ainsi la douleur qui accompagne les phénomènes inflammatoires ou la pénétration des venins, il est plus difficile de préciser pour la douleur traumatique.

PITRES et VAILLARD, se contentent de dire que « la douleur résulte de la décharge des centres nerveux, préalablement mis en état d'éréthisme fonctionnel par des excitations trop vives ou par la sommation d'excitations légères mais continues ou trop fréquemment répétées ».

Nous avons essayé de nous rendre compte de la nature et des causes de la douleur au point de vue physiologique. — Nous ne tenterons pas de la passer au crible encore incertain des données psychologiques.

Voyons maintenant ce que nous pouvons en tirer pour la pathologie, surtout au point de vue qui nous occupe, c'est-à-dire des névralgies.

LA DOULEUR NÉVRALGIQUE

Devons-nous distinguer des névralgies périphériques et des névralgies centrales ?

Devons-nous simplement affirmer : toutes les névralgies sont centrales ?

La première notion que l'on eut de la névralgie, c'est qu'elle est une maladie propre des nerfs. N'est-ce point du reste la signification du terme ?

Mais cette opinion n'est plus soutenable.

Les auteurs ont été très divisés sur la nature des névralgies.

I. — Théorie centrale. — Pour les uns (Anstie, Vulpian, Ouspensky) *toute névralgie est occasionnée par une lésion des centres, même celle procédant en apparence de lésions périphériques.*

ANSTIE donne les arguments suivants en faveur de cette théorie :

1° La névralgie réapparaît aussi violente à la suite des excitations nerveuses.

2° Les autopsies ne révèlent souvent pas de lésions du nerf.

3° Dans l'ataxie locomotrice, il existe des douleurs ressemblant beaucoup à celles des névralgies et qui sont en rapport avec des lésions des cordons et racines postérieurs. Sans admettre des lésions aussi profondes dans les névralgies dont beaucoup guérissent, il suffit d'admettre des altérations superficielles de la substance nerveuse.

4° Les névralgies s'accompagnent de troubles trophiques tels que paralysies vasomotrices, convulsions, spasmes musculaires, paralysies musculaires, anesthésies dans le domaine du nerf qui souffre.

5° Les diathèses, les altérations du sang sont fréquemment causes de névralgies.

6° Souvent, chez les vieillards, surviennent des névralgies rebelles qui coïncident avec des lésions généralisées d'artério-sclérose. Pourquoi ne pas croire qu'elles relèvent du mauvais entretien nutritif des centres nerveux ?

7° Il n'est pas douteux que les névralgies ont des

rapports évidents avec les névroses héréditaires. Pourquoi alors comme celles-ci, n'auraient-elles pas une origine centrale ?

8° L'alternance, la mobilité, l'extension des douleurs névralgiques ne peuvent s'expliquer que par un siège central.

En conséquence, Anstie admet que, dans toutes les névralgies même les plus légères, il existe une lésion centrale de la racine sensitive et du noyau, consistant soit en atrophie interstitielle, soit en dégénération grise.

VULPIAN est aussi partisan des névralgies centrales. « Je crois, dit-il, que très fréquemment l'altération qui cause ces affections siège vers les extrémités centrales des nerfs... et même dans les cas où la névralgie a évidemment pour cause première une lésion de la périphérie des nerfs, dans ceux, par exemple où une carie dentaire, une altération soit du périoste alvéolodentaire, soit des os maxillaires eux-mêmes, etc., ont donné naissance à l'affection douloureuse, on doit admettre, je pense, que, souvent peu de temps après le début de cette affection, il se produit dans le *centre nerveux* ou plus strictement, pour les cas supposés, dans le noyau d'origine du nerf trijumeau, une *modification morbide* qui exalte à un haut degré l'*excitabilité* des éléments anatomiques de la substance grise, les plus proches de ceux qui sont directement en rapport avec les fibres nerveuses dont les extrémités périphériques sont lésées. L'excitation transmise par ces fibres à leurs noyaux d'origine se propage aux foyers d'origine circonvoisins ; or, à cause de l'éréthisme morbide de ces foyers,

la modification qu'elle y détermine se traduit par la douleur reportée par le sensorium à la périphérie des fibres qui naissent dans ces amas de substance grise, et c'est ainsi qu'on peut s'expliquer l'irradiation de la névralgie dentaire, par exemple, à toute la moitié correspondante de la face ».

RIGAL croit très plausible une lésion centrale.

OUPENSKY admet toujours sinon une lésion du moins une irritation des centres. Et il arrive à cette conclusion : « *Au fond de chaque névralgie se trouve l'irritation du noyau central du nerf affecté.* Cette irritation probablement est causée par les *produits de la destruction du tissu nerveux* dont l'absorption est affaiblie à cause de l'activité amoindrie des nerfs vasomoteurs ; il s'ensuit que les altérations anatomopathologiques dans les névralgies doivent être recherchées dans le système nerveux central ; et avant tout, il faut faire attention à l'altération de la dimension des vaisseaux sanguins ». Outre les névralgies traumatiques, l'auteur base son opinion sur ce que :

1° dans le tabès, les douleurs de la première période sont névralgiques, et qu'au fond, il y a altération de la moëlle dont les vaisseaux sont plus ou moins lésés.

2° Dans la seconde édition de son traité d'électrothérapie, Bénédicte rapporte un cas de *névralgie du trijumeau* (Hubbenett), pour lequel Billroth fit plusieurs névrotomies, puis la ligature de l'artère carotide. A la mort on trouva une atrophie considérable du noyau sensitif du trijumeau et une forte dilatation variqueuse des vaisseaux de ce noyau.

3° De plus, vu les résultats fournis par la section

du nerf sciatique, l'excitation du sympathique, l'auteur arrive à préciser son hypothèse :

« Sous l'influence d'une irritation faible mais continue des nerfs périphériques, les cellules sensibles des cornes postérieures sont continuellement excitées à l'activité ; et, en même temps, il se produit une contraction réflexe péristaltique des vaisseaux, ce qui provoque à son tour l'absorption des produits de l'activité nerveuse. Avec le cours du temps, l'absorption devient plus faible, et par effet de l'épuisement des vasomoteurs, alors les produits qui irritaient le système nerveux commencent à s'accumuler. Ayant atteint une certaine quantité en irritant les cellules nerveuses sensibles ils produisent dans le commencement une contraction réflexe tétanique des vaisseaux qui se transforme ensuite en une paralysie. Une telle anomalie de la circulation se répétant souvent, peut naturellement amener avec soi l'atrophie des cellules nerveuses sensibles, et en même temps, une altération du calibre des vaisseaux avec la perte de leur tonus ». On voit le rôle important qu'il fait jouer aux nerfs vaso-moteurs. En somme : « la base de chaque névralgie est *l'irritation du bout central (cellules nerveuses) du nerf affecté*, irritation qui est provoquée par des produits d'activité nerveuse, qui se forment sans cesse et dont la résorption est devenue plus difficile par cause d'affaiblissement plus ou moins intense du tonus des vaisseaux ».

PITRES et VAILLARD sont formels : « La perception d'une sensation, douloureuse ou non, est toujours un phénomène central. Il ne peut pas y avoir de

névralgies périphériques au sens propre du mot. Il y a seulement des *névralgies de cause périphérique*, dans lesquelles l'éréthisme des centres est provoqué et entretenu par des excitations algésiogènes ayant pour point de départ les racines, le tronc ou les extrémités terminales des nerfs rachidiens ou sympathiques. Il y a aussi des *névralgies d'origine centrale* dont la cause réside dans la moëlle ou dans le cerveau. Les topoalgies hystériques ou neurasthéniques appartiennent à cette dernière catégorie. On n'est pas absolument fixé sur leur pathologie. On ne sait pas au juste si elles correspondent à de simples hallucinations psycho-sensorielles persistantes, dont toute la phénoménologie se passerait dans l'écorce cérébrale, ou si les perturbations fonctionnelles de l'écorce qui en sont certainement le point de départ, ont besoin pour se manifester sous la forme douloureuse, de retentir sur les noyaux sensitifs du bulbe où s'élaborent normalement les sensations brutes. Dans tous les cas, ces topoalgies d'origine cérébrale peuvent donner lieu à des affections douloureuses très tenaces présentant la plupart des caractères des névralgies d'origine périphérique avec lesquelles on les confond souvent ».

II. — *Théorie périphérique*. — Une deuxième classe d'auteurs, moins absolus, pense que s'il est un certain nombre de névralgies d'origine centrale, il en est d'autres, beaucoup plus nombreuses, qui relèvent d'une lésion périphérique (Axenfeld, Cartaz).

AXENFELD croit que beaucoup de névralgies ont une origine centrale. Cet auteur part des lois de Muller qui sont les suivantes :

I. — Lorsqu'un tronc nerveux est irrité, toutes les parties qui en reçoivent les branches ont le sentiment de l'irritation, et l'effet est alors le même que si les dernières ramifications de ce nerf étaient irritées toutes à la fois.

II. — L'irritation d'une branche de nerfs est accompagnée d'une sensation bornée aux parties qui reçoivent des filets de cette branche, et non d'une sensation dans les branches qui émanent plus haut soit du tronc nerveux soit du même plexus.

III. — Des parties différentes de l'épaisseur d'un nerf sensitif produisent, quand on les irrite, les mêmes sensations que si des ramifications terminales différentes de ces parties du tronc venaient à être irritées.

IV. — Les sensations des fibres nerveuses les plus déliées sont isolées comme celles des troncs nerveux, et ne se mêlent point les unes avec les autres, depuis les parties extérieures jusqu'au cerveau.

V. — Quoique la sensation semble avoir lieu dans les parties externes, lorsqu'on comprime un tronc nerveux, cependant une forte compression de ce dernier paraît être sentie en même temps, dans le lieu où elle s'exerce.

VI. — Lorsque le sentiment est complètement paralysé dans les parties extérieures par le fait de la compression ou d'une section, le tronc du nerf peut encore, dès qu'il vient à être irrité, éprouver des sensations qui semblent avoir lieu dans les parties extérieures auxquelles il aboutissait.

« De même, ajoute Axenfeld, lorsque le membre dans lequel se répand un tronc nerveux a été enle-

vé par une amputation, ce tronc, attendu qu'il renferme l'ensemble de toutes les fibres primitivement raccourcies, peut avoir les mêmes sensations que si le membre amputé existait encore ».

On peut résumer ces propositions en 2 lois :

1° « La conductibilité isolée » qui n'est plus admissible, depuis que la preuve est faite de la sensibilité récurrente.

2° « La sensation rapportée à la périphérie ».

D'après ces données physiologiques quel est le *siège de la névralgie* ?

Suivant l'étymologie, l'affection se localise dans les nerfs ; mais, s'il en était ainsi, il n'est pas une partie du nerf, si petite fût-elle, qui ne dut être douloureuse. Axenfeld croit que (malgré le 1^{er} théorème de Müller), « l'irritation d'un nerf peut donner lieu : 1° A une simple sensation périphérique ; 2° à une double sensation à la fois locale et périphérique ; 3° à une simple sensation directe » (le plus souvent). Et il conclut : « 1° que les névralgies ont leur siège dans quelques unes seulement des fibres sensitives composant les branches nerveuses.

« 2° Qu'elles occupent tantôt toute la longueur, tantôt seulement quelques points isolés de leur trajet.

« 3° Que ces points ne sont pas disséminés au hasard, mais choisis d'après des lois que l'on ne connaît pas exactement.

« 4° Enfin que dans un grand nombre de névralgies, le siège de la douleur est *réel* et non *virtuel*, c'est-à-dire que la douleur est produite dans les lieux mêmes où les malades l'accusent, et non sim-

plement sentie comme si elle s'y produisait. » En tout cas, il y a des névralgies primitivement périphériques et secondairement centrales.

Voici, résumées en 3 propositions ses conclusions définitives :

1° « Certaines névralgies sont primitivement périphériques et restent *toujours périphériques* pendant toute leur évolution.

2° D'autres peuvent être *primitivement périphériques* et devenir *secondairement centrales*.

3° D'autres enfin sont *primitivement centrales* ».

CARTAZ dit qu'il est des névralgies indubitablement d'origine périphérique (traumatisme compression) et d'autres qui procèdent d'une origine centrale. Certains faits et certains symptômes tels que la dissémination des élancements, la récurrence de la névralgie après une névrotomie, s'expliquent fort bien par la sensibilité récurrente dont l'existence pour les nerfs de la face, a été démontrée par Arloing et Tripier.

La lésion des névralgies consisterait, d'après lui, en une *névrite périphérique* qui ne préjuge en rien la question de l'altération secondaire des centres.

On le voit, par l'exposé de ces diverses théories, les auteurs ont confondu les *lésions* avec les *causes*. Les névralgies sont dues à des causes diverses, qui provoquent des lésions également diverses du nerf, non seulement à sa périphérie, mais encore au niveau de ses prolongements dans les centres encéphalo-médullaires. Ces lésions sont tantôt évidentes pour la totalité ou une partie du nerf, tantôt inaccessibles à nos moyens actuels d'investigation. Ces lésions,

dans certains cas, doivent être curables, puisque cliniquement on a vu des névralgies qui ont guéri.

Il n'y a pas eu davantage accord sur ce qu'on doit appeler *siège* d'une névralgie. *Cliniquement* c'est la périphérie, c'est-à-dire les points du trajet nerveux, où l'individu accuse ses souffrances. *Physiologiquement* ce sont les centres, puisque toute douleur est un phénomène d'origine centrale.

Etiologiquement c'est le lieu où se trouve cantonnée ce qu'on suppose être la cause engendrant et entretenant la névralgie. Pitres et Verger, en se plaçant à ce dernier point de vue, ont injecté de la cocaïne loco-dolenti. Ils ont divisé leurs cas, suivant qu'ils obtenaient ou non une sédation momentanée des douleurs en névralgies d'origine périphérique et névralgies d'origine centrale.

La confusion de la lésion avec la cause ou réciproquement, le manque d'entente des auteurs qui négligent la distinction capitale du siège clinique, du siège physiologique, du siège étiologique des névralgies, telles sont les raisons qui ont contribué à embrouiller le problème.

En effet au point de vue clinique, Axenfeld, partisan de la névralgie périphérique a raison ; physiologiquement parlant, les théories centrales de Vulpian, d'Ouspensky se peuvent soutenir ; Pitres et Verger sont dans la vérité, par rapport à l'étiologie.

Par quel mécanisme agit la cause génératrice de la lésion ou de la douleur ? Se trouve-t-on en présence de simples influences chimiques ? L'état actuel de nos connaissances ne nous permet guère de répondre affirmativement à la question ainsi posée.

La douleur relevant de causes chimiques, ne peut être jusqu'à présent qu'une hypothèse, et rien de plus. Envisagée à un point de vue plus général, c'est une réaction de défense de l'organisme, et la phrase de Cabanis, quoique sans doute peu scientifique, est toujours vraie. « Dans la douleur, l'animal se retire tout entier sur lui-même, comme pour présenter le moins de surface possible : dans le plaisir tous les organes semblent aller au devant des impressions, ils s'épanouissent pour les recevoir dans plus de points . »

SYMPTOMATOLOGIE

Nous allons essayer de montrer, qu'à chacune des formes de névralgies dont nous avons fait la distinction pathogénique, correspond un tableau morbide particulier et qu'il y a une symptomatologie pour la petite névralgie, une autre pour la grande.

C'est ce que n'ont pas remarqué beaucoup d'auteurs qui ont décrit aux deux formes des symptômes communs, alors que (quelques-uns l'ont fort bien mis en évidence), chacune possède une modalité clinique qui la différencie nettement.

Quand on dépouille les observations, on est bien près de répéter encore ce que disait Valleix, il y a plus de 60 ans. « Il suffit d'étudier l'histoire des névralgies, pour voir combien est fausse l'opinion que l'on se fait généralement de la richesse de la science en matière d'observation. Sans doute les faits abondent ; on peut en compulsant les auteurs, et surtout les recueils périodiques, en réunir une grande quantité ; mais quelle est l'utilité de faits tronqués, manquant de détails les plus nécessaires, et présentés trop souvent dans le but de faire prévaloir une théorie ? Ce n'est donc pas à tort que l'on réclame chaque jour de nouveaux faits ; mais, par là il faut entendre, non des faits semblables à la plupart de ceux que ont avons laissé nos devanciers, mais des faits observés avec soin et rigueur, les seuls qui puissent faire avancer la science. »

PETITE NÉVRALGIE FACIALE

C'est d'elle qu'on pourrait dire en adaptant au trijumeau la définition que donne Valleix de la névralgie en général :

« Une douleur plus ou moins violente, ayant son siège sur le trajet d'une ou de plusieurs branches de la cinquième paire, disséminée par points circonscrits, véritables foyers douloureux d'où partent, par intervalles, des élancements ou d'autres douleurs analogues et dans lesquels la pression convenablement exercée est plus ou moins douloureuse ».

Elle se caractérise donc par une douleur spontanée, sourde et continue sur laquelle se greffent des élancements paroxystiques, et par une douleur que provoque la pression en des points limités.

Douleurs spontanées. — a) *La douleur continue* est d'ordinaire peu violente. Son intensité varie néanmoins, en proportion directe de celle des crises. C'est plutôt une sensation de pesanteur, de contusion, une forte pression incommode qu'une véritable souffrance. Elle se montre assez diffuse pour que le malade n'en désigne pas le siège avec le doigt, mais avec la main entière. Suivant les cas, elle s'empare de toute la moitié de la face, des régions sus ou sous-orbitaire, ou maxillaire inférieure, occupant pourtant assez exactement la zone de distribution du nerf affecté.

b). — *Les élancements douloureux* ont bien plus attiré l'attention, et ont été mieux étudiés. Ils sont inconstants, c'est-à-dire qu'on ne les observe pas forcément pendant toute la durée de la névralgie. Ils peuvent manquer au début, ou manquer à la fin, mais ne font généralement pas défaut pendant toute l'évolution. Ils naissent à la surface de la région endolorie. Ce sont de vraies douleurs que leur *intensité* jointe à leur *intermittence* fait nettement ressortir. Ces élancements très rapides, de durée ordinairement fort courte, ne sont jamais isolés. Ils reviennent par petits groupes constituant un accès. Ils naissent aux points d'émergence du nerf hors des canaux osseux, ou dans les ramifications terminales cutanéomucqueuses. Les *trajets* qu'ils suivent varient. Tantôt c'est le parcours du nerf, soit qu'ils le descendent (névralgie descendante) soit qu'ils le remontent (névralgie ascendante). D'autrefois ils vont dans « plusieurs sens différents ou partent de plusieurs points à la fois sans communiquer entre eux. » (Valleix). L'étendue des élancements paraît être en rapport direct avec leur intensité et leur fréquence. Suivant la richesse de leur imagination les malades comparent les sensations qu'ils éprouvent à des lancées, des picotements, des battements, des tiraillements douloureux, des piqûres d'aiguille, des coups de couteau, des brûlures au fer rouge, des décharges électriques en éclairs.

Les accès peuvent être subintrants, mais ce n'est pas la règle : ils se reproduisent ordinairement plusieurs fois dans une journée, dans une heure, parfois dans une minute. Ou bien encore ils sont spontanés,

ou très rapprochés, ou franchement périodiques, revenant aux mêmes heures de la journée, surtout le matin. L'impression du froid sur les parties malades, le simple contact, le mouvement des mâchoires les rappellent. Même si la névralgie est limitée à une branche, il n'est pas rare d'observer des irradiations dans les autres branches du trijumeau, dans celles du plexus cervical superficiel et profond, au bras et à la poitrine.

Douleurs provoquées. — Outre ces deux variétés de douleurs l'une « fixe gravative, contusive, l'autre qui ne se fait sentir que par moments et qui est lancinante », la pression convenablement exercée en des points déterminés du trajet nerveux malade est douloureuse. VALLEIX enseigne que ces points ont certains sièges de prédilection : au niveau de l'émergence d'un canal osseux ; à l'endroit où un filet nerveux traverse un muscle pour arriver à la peau ; où le nerf très superficiel chemine tout près d'un plan osseux sur lequel on peut le comprimer ; au point de division du nerf ou à ses expansions terminales. Parmi les points douloureux qui se retrouvent dans la névralgie totale, trois sont situés sur une même ligne verticale qui croise l'émergence des nerfs *sus-orbitaire, sous-orbitaire* et *mentonnier* sortant de leurs canaux osseux. Valleix signale encore, dans la névralgie de la branche ophtalmique, les points *palpébral, nasal, nasolobaire, oculaire* ; dans celle du maxillaire supérieur, les points *malaire* plus rare que le sous-orbitaire, *dentaire ou alvéolaire* « moins bien circonscrit », *labial supérieur, pituitaire, palatin* ; dans la névralgie de la 3^e branche,

les points *temporal, temporo maxillaire, mentonnier, lingual, labial inférieur, dentaire inférieur, pariétal*, (ce dernier se retrouvant aussi dans la névralgie occipitale). Trousseau a ajouté le point *apophysaire*, siègeant sur la tubérosité occipitale externe et les 2^e et 3^e apophyses épineuses cervicales.

D'après Valleix tous ces points douloureux sont très limités, et il faut les chercher avec l'extrémité du doigt. Dans ces conditions l'absence de la douleur est exceptionnelle. Il nie l'opinion des auteurs qui admettent que la pression calme. On les trouve presque constamment là où naissent les élancements. A ce propos disons un mot de l'opinion des auteurs sur ces foyers douloureux.

Les points de Valleix considérés par lui comme absolument constants et que nous venons d'énumérer pour le trijumeau, se rencontreraient d'après l'auteur, dans toutes les névralgies.

ROMBERG les nie. « Dans les recherches répétées que j'ai faites à ce sujet, dit-il, l'assertion de Valleix ne s'est nullement confirmée quant à l'intervalle des accès ; et, pendant la durée même du paroxysme, j'ai vu souvent les malades porter leurs doigts sur les points d'émergence du trijumeau, et chercher dans une forte pression un moyen de soulager leur douleur. »

A côté de ces deux opinions contradictoires, se trouvent celles des auteurs qui les admettent mais non dans tous les cas.

NEUCOURT croit aux points douloureux, mais avec des réserves : tout d'abord ils sont inconstants et lorsqu'ils existent, il est rare qu'ils se superposent

comme le dit Valleix, aux foyers de douleur spontanée. Aux points d'émergence « cette douleur n'est que l'exaltation de l'état physiologique, car tout le monde sait que les nerfs de sentiment sont sensibles par eux-mêmes, comme on s'en assure en pressant le nerf cubital, le sus-orbitaire, le sous-orbitaire, et par les vivisections. Seulement lorsqu'il n'y a pas de névralgie, la pression suffisante pour déterminer de la douleur doit être beaucoup plus forte que dans le cas contraire : ce sont des expériences que chacun peut vérifier facilement sur soi-même. »

TROUSSEAU admet les points douloureux pour les névralgies faciales, mais pense que pour les autres, Valleix a fait une généralisation injuste.

EULENBURG les croit inconstants, et seulement présents dans la moitié des cas.

SANDRAS signale la variabilité des points douloureux, qui ne se superposent pas absolument comme localisation à ceux indiqués par Valleix. Les rapports anatomiques, par exemple le voisinage du nerf avec un plan osseux, peuvent influencer la production de ces foyers sensibles à la pression.

VAN-LAIR et RIGAL partagent cette opinion.

AXENFELD croit aux points de Valleix, mais dit aussi « qu'il est des cas où ces points manquent », sans pouvoir en donner une explication.

Pour ANSTIE ils seraient dus à des phénomènes vasomoteurs. LENDER les explique par de la névrite. SPRING les considère comme de simples points d'hypéresthésie, ERB, BERNHARDT, OPPENHEIM les admettent, en signalant leur inconstance.

Jaccoud accorde avec Romberg « qu'une pression très courte est suivie d'une exagération de la douleur tandis qu'une pression prolongée en produit l'atténuation ».

Ces diverses opinions, on le voit, ne sont pas très concordantes. Et pourtant tous les auteurs ont raison, et Valleix qui admet les points constants, et ceux qui ne partagent pas son avis. Nous pensons qu'on a simplement noté leur présence ou leur absence sans faire la distinction qui s'impose entre les deux grandes classes de névralgies faciales.

Celles décrites par Valleix, il suffit de lire attentivement ses observations personnelles, étaient de « petites névralgies » relevant toutes exclusivement d'un processus léger de névrite aiguë. La « grande névralgie » au contraire, ne présente jamais les points douloureux sur le trajet nerveux, mais quand ils existent, on ne les trouve que sur les rebords osseux, le plus ordinairement en des points limités des arcades dentaires correspondant à des dents présentes ou absentes : points canins, points molaires. Les divergences des auteurs s'expliquent fort bien puisqu'ils n'avaient point opéré la distinction des deux classes de névralgies, l'une le plus souvent névrite infectieuse avec points douloureux constants sur le trajet du nerf, l'autre maladie à foyers douloureux variables, inconstants, sans rapport avec un trajet nerveux.

Le *début* de la petite névralgie est graduel et progressif. Ou bien c'est la douleur sourde qui se complique bientôt d'élancements passagers, ou ce sont des accès dont la violence n'égale jamais à ce moment

celle qu'elle présentera plus tard. En un laps de temps allant de quelques heures à quelques jours, les douleurs acquièrent une intensité considérable.

Assez rarement le début est brutal, encore que le malade ait pu présenter un état fébrile ou de malaise général. Il se peut que les douleurs n'envahissent pas d'emblée les zones qui seront ultérieurement le siège de souffrances. Les accès sont *subintrants*, ou *régulièrement périodiques* à raison de 1 ou 2 dans les 24 heures, et d'ordinaire avant le milieu de la journée, ou *irréguliers*, revenant plusieurs fois par minute, par heure, par jour, mais suivant, comme fréquence et comme intensité, une courbe d'abord ascendante, puis horizontale (acmé) et enfin progressivement descendante. Le « déplacement » de la névralgie existe du même côté de la face, mais se rencontre bien moins pour le côté opposé. « On peut résumer, ainsi qu'il, suit la marche de la maladie dans la majorité des cas : invasion graduelle, état caractérisé par de très grandes variations dans les douleurs, et déclin graduel comme l'invasion ».

Valleix qui a écrit ces lignes n'a vu surtout que la petite névralgie faciale. Bien qu'il en croie la durée indéterminée, elle oscille de 10 minutes à 3 mois, d'après ses quatorze observations personnelles.

Il a entrevu — ce n'est pas contestable — mais sans nettement la différencier, la grande névralgie :

« Chez un petit nombre de sujets, la névralgie se reproduisait une ou plusieurs fois par an surtout pendant l'hiver et se dissipait ordinairement après une *courte durée*, soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement quelconque. Ceux qui étaient affectés

tés de cette sorte de névralgie présentaient souvent des *douleurs de même nature dans diverses parties du corps* et étaient sujets à des *migraines plus ou moins fréquentes*. »

FORMES CLINIQUES

« Chaussier, écrit Valleix, ... a décrit presque autant de névralgies de la face qu'il y a de rameaux un peu importants pour les nerfs trifaciaux. La plupart des auteurs venus après lui ont imité son exemple : cependant plusieurs... et notamment M. Bérard, ont fait observer que la division de Chaussier ne doit pas être regardée comme très rigoureuse, et que, lorsqu'on décrit une névralgie frontale, nasale, sus-orbitaire, il faut entendre que les *nerfs de ce nom sont principalement et non exclusivement affectés*... Les trois branches du nerf trifacial ont une liaison trop intime, même après leur sortie du crâne, pour être fréquemment affectés isolément. On ne saurait donc adopter sans restriction la division de Chaussier, qui d'abord, séduit par sa précision et sa clarté, mais qui ne s'accorde pas parfaitement avec les résultats de l'observation. » Ces névralgies partielles affectent le plus souvent la branche ophtalmique, puis, par ordre de fréquence décroissante, le maxillaire supérieur et le maxillaire inférieur. — Nous ne nous laisserons pas aller à les décrire, ce qui reviendrait en somme à énumérer la distribution du territoire nerveux de chacune de ces branches, avec les points douloureux correspon-

dants. Nous préférons passer en revue les formes étiologiques de la petite névralgie avec leurs principaux caractères, en les classant d'après leur ordre de fréquence.

A) NÉVRALGIES FACIALES DENTAIRES

La névralgie faciale d'origine dentaire est le type de la névrite névralgique. Quoique la plus commune des algies du trijumeau, son apparition est influencée indéniablement par l'anémie des jeunes sujets, les pertes de sang répétées, l'état de grossesse et de lactation.

Dans une première forme pour ainsi dire banale, il y a *névralgie dentaire proprement dite ou dento-pulpaire*. Le malade accuse une douleur strictement limitée à la dent et qui s'exaspère par le contact des aliments froids, chauds, acides, sucrés. L'examen local montre une carie qui s'arrête à l'ivoire où pénètre la pulpe.

Le second type est représenté par les *névralgies dentaires irradiées*. La douleur a débuté comme précédemment, mais s'est diffusée. Elle prédomine à la dent malade, au niveau et au pourtour de laquelle, le sujet ressent les pulsations et les battements des artérioles voisines. De plus, elle s'irradie aux dents saines du même côté, du côté opposé, et de la mâchoire antagoniste (Ferrier). C'est la vulgaire « rage de dents ». De temps à autre, grands élancements dans le cuir chevelu et en bas dans les régions cervicales, voire scapulaires et brachiales. Il n'est

pas toujours possible d'établir de rapport fixe entre les fusées douloureuses et la carie, point de départ. On a pu cependant dire assez justement que dans les lésions des dents supérieures les douleurs siègent à l'œil, au front, à la tempe. Si les dents de la mâchoire inférieure sont malades, les souffrances se localisent surtout au maxillaire inférieur et dans la région de l'oreille (névralgie de l'auriculo-temporal). On note des points douloureux extrêmement accusés, non seulement aux lieux d'émergence, mais encore en des endroits très variables des téguments. Ces douleurs continues avec paroxysmes sont exaspérées par la plus faible irritation. Le seul contact des aliments les exacerbe. De même la mastication, la succion, les tentatives d'élocution, l'éternuement, l'action de se moucher. De même aussi, la nuit, la chaleur de l'oreiller, quand le patient est couché. Au contraire les applications très froides, la fraîcheur de l'air, les boissons soulagent et calment la souffrance. La face du côté malade est d'ordinaire congestionnée, vultueuse, l'œil rouge et larmoyant.

Il peut même y avoir rhinorrhée et salivation. L'examen physique démontre ou non, autour de la dent comme centre, une fluxion qui se résorbera ou évoluera vers la suppuration.

La *troisième forme* se présente sous l'aspect d'une névralgie faciale siégeant d'abord dans les parties molles de la joue, puis, au bout de quelques jours, les douleurs se localisent à une dent au voisinage de laquelle peut se former un abcès.

Dans une *autre variété* de névralgie, la douleur

dentaire est localisée à une dent saine de la mâchoire antagoniste, généralement l'homologue correspondante. Il suffira au clinicien d'être averti pour éviter l'erreur. Ces paralgies s'expliquent fort bien par l'existence des anastomoses entre les filets dentaires supérieurs et inférieurs ou une action réflexe.

Enfin il est des *névralgies faciales dues à une ou des dents cariées non douloureuses* et sur lesquelles le malade n'attire par conséquent pas l'attention. Ces organes ne sont sensibles, ni spontanément ni à la percussion, mais les souffrances sont dans toute la mâchoire.

L'examen de la bouche s'impose. Grâce au miroir et à la sonde métallique, on appréciera l'existence et la profondeur des caries, l'intégrité ou l'atteinte de la pulpe. La percussion, si elle est douloureuse, révélera la périodontite. On ne négligera pas non plus la palpation locale qui fera reconnaître les fluxions et les collections suppurées. L'endoscopie buccale facilitera le diagnostic des dents mortes qui indépendamment de leur teinte bleuâtre ont d'ordinaire perdu toute transparence.

Ces névralgies s'accompagnent de phénomènes généraux peu intenses. Le malade agité, incapable de rester en place, crie, gémit, et se promène à grands pas. Une légère poussée fébrile n'est pas rare; on a même noté du subdélire.

Citons maintenant quelques observations :

OBSERVATION II. — (*Neucourt*). — Névralgie violente datant de plusieurs années, occupant la mâchoire, la joue, le cou et s'étendant jusqu'à la plante du pied, guérie par l'arrachement d'une dent cariée. — (*Résumée*).

Homme 32 ans. Depuis sa jeunesse, douleurs névralgiques; très souvent fluxions dentaires qui ont cessé depuis plusieurs mois, pour faire place à des névralgies très violentes. « Au moment de l'accès, douleur atroce dans tout le côté droit du visage, paraissant partir de la mâchoire, se propageant tout le long du cou, dont les muscles sont alors convulsés, de manière que le malade est obligé de tenir la tête penchée, de crainte de ramener la douleur; impossibilité de rester assis durant l'accès, qui dure environ une heure et se renouvelle plusieurs fois par jour. Ces accès se renouvellent ainsi pendant 15 jours de suite, il y a un repos de quelques jours, puis ils reprennent avec une nouvelle intensité. Le corps est courbé en avant, sans que le malade puisse se redresser; il ne peut même plus, dans l'accès, poser le pied à terre, ce qui le force malgré son malaise à rester assis.

J'essayai sans succès les antispasmodiques etc., j'avais examiné la bouche et j'avais été empêché d'agir par la circonstance suivante: il y a au moins 6 molaires cariées de chaque côté, et du côté malade notamment, celles du fond étaient toutes noires et corrodées; le malade ne pouvait dire s'il y en avait une plus douloureuse que les autres; de plus on avait déjà autrefois tenté l'arrachement d'une dent et deux fois l'opérateur avait été forcé d'y renoncer. Cependant en l'absence de toute autre cause appréciable, je désirais m'assurer si l'extraction d'une dent ne produirait pas un bon résultat: le malade souvent interpellé à ce sujet s'observa

attentivement et *remarqua que presque toujours la douleur paraissait partir d'une dent qu'il me désigna*; il lui semblait qu'elle se propageait de là à la face, au cou, à l'épaule, il revenait à la dent. Bien fixé sur ce point je pratiquai l'avulsion qui eut lieu sans difficulté. Tous les jours précédents la névralgie avait été d'une violence extrême. A partir de ce jour rien ne reparut. J'ai suivi le malade depuis ce temps, voilà 2 ans de cela, et sauf quelques petites douleurs que le malade sait causées par une autre dent cariée, tout a disparu ».

OBSERVATION III. — (*Neucourt*) — Douleurs névralgiques ayant occupé successivement les tempes, le cuir chevelu, l'occiput, le pharynx; guérison par l'extraction de 9 dents cariées. — (*Résumée*).

Mlle H..., 26 ans, souffre de douleurs depuis plusieurs années continuelles, tantôt à une tempe, tantôt à l'autre; tantôt au côté du front, au cuir chevelu, à l'occiput. « Le siège de la douleur varie brusquement et sans cause connue, parfois elle occupe les dents et la mâchoire; dans les crises violentes, c'est surtout au pharynx que sont les plus vives souffrances, sans qu'il existe la moindre trace d'inflammation; ces douleurs parfois atroces augmentent par les efforts de la déglutition. Du reste la variété et l'intensité des douleurs sont telles que la malade ne trouve pas d'expression pour les rendre: souvent elle entend un bruit violent, comme si des aiguilles se cassaient dans sa tête, et il lui semble que ce bruit doit être entendu des personnes qui sont auprès d'elle; habituellement c'est une douleur continue comme si les os de la tête s'écartaient; d'autres fois ce sont des élancements douloureux. Cet état est habituel et ne varie que par le lieu et par l'intensité des douleurs ». Sommeil troublé par les dou-

leurs que calme l'air froid. Visage bien coloré — règles régulières —, pas de cause générale. « L'examen de la bouche fait voir que presque toutes les molaires sont profondément cariées, et que pour quelques-unes il n'existe plus que les racines ». On engage la malade à s'étudier attentivement « elle observe que les douleurs s'irradient surtout vers un côté de la bouche.

Avulsions de 9 dents. — Les douleurs deviennent graduellement de moins en moins fortes ».

OBSERVATION IV. — (*Neucourt*). — Métorrhagie suivi de névralgie faciale opiniâtre avec insomnie ; guérison par l'extraction des dents cariées. — (*Résumée*).

Mme B. . . , 28 ans, chlorotique, jamais d'enfants. — En 1848 pertes très abondantes avec tumeurs volumineuses dans la fosse iliaque droite. Peu après « douleurs continuelles qui occupent le côté gauche du visage, la tempe, et le front du même côté. Ces douleurs ont lieu par crises, avec des élancements violents et ôtent le sommeil à la malade ». Examen de la bouche : 3 dents cariées à la partie gauche de la mâchoire supérieure.

Leur avulsion fait disparaître la douleur.

OBSERVATION V. — (*Neucourt*). — (*Résumée*).

Douleurs semblables à celles de la névralgie faciale occupant successivement, la tempe, l'oreille, la joue et la mâchoire ; douleur à la percussion de la seconde molaire . . plus tard carie visible ; avulsion de la dent — Guérison.

OBSERVATION VI. — (*Neucourt*). — Douleurs névralgiques fixées définitivement sur une dent ; carie de cette dent, difficulté du diagnostic. — (*Résumée*).

M. C..., 34 ans. Il y a quelques années, violente névralgie faciale, sans cause appréciable, douleur dans le côté droit de la face, tantôt vers la mâchoire supérieure tantôt vers l'inférieure. 2 à 3 crises dans une journée. A chaque crise la joue du côté malade devient très rouge, douleurs aux points mentonniers droits.

6 ou 7 jours plus tard, 3^e molaire droite supérieure, douloureuse au toucher, ébranlée. Au premier abord pas de carie, son avulsion amène la cessation des douleurs.

OBSERVATION VII. — (*Neucourt*). — Crises violentes de douleurs névralgiques dans la tempe et la mâchoire supérieure, ne s'étant fait sentir dans une dent cariée que plusieurs mois après le début ; extraction de la dent, guérison (*Résumée*).

M^{lle} A. 16 ans. Autrefois gastralgie. Ressent à la fin de mars 1845, une douleur vive, dans la tempe et la mâchoire qui continue les jours suivants. « Pendant la journée la malade est assez tranquille, mais aussitôt qu'elle se couche elle ressent dans la tempe gauche, et dans la la mâchoire supérieure du même côté, des élancements vifs avec sentiments de pulsation. La crise dure quelques minutes, souvent un quart d'heure.

B) NÉVRALGIES FACIALES PALUDÉENNES.

Dans Van Swieten, on trouve deux observations de *febris topica* qui semblent des névralgies maxillaires trop évidentes pour que nous ne les signalions pas. Il s'agit de deux cas de névralgies sus-orbitaires. Les voici, avec la traduction d'Halliday :

OBSERVATION VIII. — (Van Swieten)

Je fus consulté il y a peu de temps par un personnage d'une grande considération qui souffrait *tous les jours à la même heure* d'une violente migraine, qui durait constamment pendant huit heures consécutives. On appliqua inutilement à la tête des épithèmes, des vésicatoires et divers épispastiques aux pieds ; il prit bien des purgatifs et d'autres remèdes internes, qui furent administrés sans fruit : le mal ne discontinuait point ; *je m'avisai d'avoir recours au quinquina, qui dissipa bientôt jusqu'à la moindre douleur de tête.* Quand elle le saisissait, le malade désignait positivement son siège, à l'endroit du front où le trou orbitaire supérieur donne passage à un rameau des nerfs de la cinquième paire. La douleur qui y prenait naissance, s'étendait de proche en proche et insensiblement dans la moitié de la tête. On ne remarquait pourtant, malgré sa vivacité, aucun dérangement dans le pouls, et les autres fonctions s'accomplissaient dans l'état naturel.

OBSERVATION IX. — (Van Swieten)

Un homme d'une santé ferme, d'un tempérament robuste et d'un âge moyen, était attaqué *tous les jours à*

la même heure, d'une douleur forte à cet endroit au-dessus de l'orbite gauche, d'où sort un rameau de nerf par le trou orbitaire supérieur. Quelque temps après, l'œil paraissait rouge, enflammé et laissait couler beaucoup de larmes; insensiblement cette douleur augmentait au point qu'il lui semblait qu'on arrachait l'œil de l'orbite, et elle devenait si insupportable, qu'il en était comme furieux. Cet état perséverait pendant plusieurs heures, après lesquelles tous ces accidents cessaient, et l'œil revenait aussi net et clair qu'auparavant. Je fis saigner le malade, je lui ordonnai des purgatifs légers et des remèdes antiphlogistiques; je fis appliquer des ventouses à la nuque; on réitéra les vésicatoires etc., tout cela fut sans succès (Van Swieten ayant reconnu dans les ramifications artérielles qui entourent l'orbite, des pulsations plus fortes et plus fréquentes qu'à l'artère radiale, qualifia cette affection de fièvre intermittente locale). Je m'empressai dit-il, d'ordonner le quinquina qui la guérit radicalement. L'auteur dit avoir rencontré dans la pratique, ajoute Halliday, beaucoup d'autres cas analogues et avoir obtenu le même succès de l'emploi du quinquina.

Belingeri sans parler d'impaludisme signale quelquefois la périodicité des accès quotidiens ou double-tierce. Ils apparaîtraient d'après lui toujours avant le milieu du jour.

Rennes, dans l'épidémie de névralgie impaludique qu'il a décrite, insiste sur la localisation presque constante au rameau frontal de la cinquième paire. Les accès souvent accompagnés d'un état fébrile avec frissons, chaleurs et sueurs, quelquefois de soit d'anorexie, de vomissements et de léger délire, affectaient toujours le type quotidien ou double-tierce. Une seule fois l'auteur vit des crises de la

variété tierce. Cette intermittence comme Bellingeri l'avait déjà fait remarquer ne survenait pas toujours dès le début de la maladie. De plus les accès se manifestaient aussi bien le matin que l'après-midi.

Valleix admet la fièvre intermittente larvée dont la périodicité lui semble être le seul caractère, par conséquent trompeur dans environ la moitié des cas.

Dans son mémoire sur les névralgies périodiques Marrotte étudie les différentes formes. Ce sont « tous les types familiers aux fièvres intermittentes. »

Les plus fréquentes sont les névralgies quotidiennes simples ou doublées, tierces, doubles tierces. La névralgie quarte est rare ; celle qui survient tous les 5, 6 ou 8 jours constitue l'exception.

Type quotidien. — Le type de névralgie quotidienne à *un seul accès par jour*, est à peu près le seul dont tous les auteurs aient parlé. Il est en effet très fréquent. Les deux observations de Van-Swieten citées plus haut en sont des exemples. Le type quotidien à *deux accès par jour*, bien que non signalé avant Marrotte est pour lui assez habituel.

OBSERVATION X. — (Marrotte) (résumée).

Un homme de 36 ans fut pris en octobre 1849, d'une douleur vive sur le trajet de l'auriculo-temporal, avec crises douloureuses de nombre, de durée, d'intensité irrégulières, mais exclusivement diurnes. Deux mois après, les douleurs passaient à la tempe droite avec la même localisation nerveuse. A gauche il n'existait plus qu'un léger endolorissement. Survient alors une rémission de quelques jours, puis le malade est repris de

crises plus fortes. Chaque jour, il y en a deux surtout très pénibles, la première vers 8 ou 9 heures du matin, la seconde vers l'heure du dîner, les autres crises étant très supportables. « Bientôt la périodicité des accès devient plus évidente ; il n'y a plus à proprement parler que 2 crises ; à 11 heures du matin et à 6 heures du soir ». On a alors recours au sulfate de quinine. En quelques jours, « guérison complète et rapide, après le dédoublement des accès, celui du matin ayant d'abord manqué complètement ». Donc, au début de cette névralgie doublée, il y eut d'abord un seul accès, puis deux ; leur disparition fut progressive.

Exceptionnellement cependant les deux accès existent dès le début. Marrotte en cite un cas à localisation sus-orbitaire prédominante. Chaque jour survenaient deux accès séparés par 12 heures d'intervalle : un le matin, un le soir. « Chacun d'eux est précédé d'un léger frisson entre les deux épaules et caractérisé par des élancements douloureux qui durent, quatre à cinq secondes ; dans l'intervalle, les parties semblent confuses. D'abord faibles et éloignés les élancements se rapprochent, prennent de l'intensité et diminuent vers la fin de l'accès. L'accès du soir est plus long que celui du matin ; il dure quelquefois jusqu'à 2 ou 3 heures de la nuit ; celui-ci ne dure guère plus de deux heures. » Le sulfate de quinine jugea la question et jugula la névralgie dont les paroxysmes se dédoublèrent d'abord, celui du matin ayant le premier disparu.

Type tierce. — La névralgie *tierce simple*, rare d'après Morton, l'est aussi suivant Rennes qui n'en a vu qu'un seul cas. La névralgie *double tierce*,

comme la précédente, se caractérise par des accès tous les deux jours, mais les accès de quarante heures de distance se correspondent comme intensité. Marrotte signale aussi un type double tierce à accès multiples dans la même journée.

Type quarte. — Il est rare, ainsi que les *types dégénérés* qui sans fixité, se transforment rapidement.

Marrotte distingue encore des *types continus rémittents*, des *types subintrants* et des névralgies sans *type régulier* cédant aux préparations de quinquina.

Donc crises diurnes, périodiques, calquées sur les types des fièvres paludéennes, à localisation prédominante à la première branche du trijumeau, survenant dans des pays soumis aux influences maremmatiques, pouvant alterner avec d'autres accidents impaludiques, cédant aux préparations de quinquina, voilà les névralgies palustres définies.

On en a pourtant décrit des formes tout à fait exceptionnelles. Foussagrives a publié deux observations de « *névralgies palustres générales* ». On en a signalé une variété *hémilatérale totale* qu'on a vue « occuper la plus grande partie des nerfs de tout un côté du corps ». Jourdanne en cite un cas.

« Le sciatique gauche fut atteint le premier ; puis, à brève échéance, les douleurs névralgiques suivirent une marche ascendante pour envahir les intercostaux inférieurs, puis les supérieurs. Le trijumeau fut touché lui aussi, et, si la douleur sus-orbitaire était la plus marquée, on n'en provoquait pas moins au niveau des points sus-orbitaires et mentonniers une réaction sensible. Le nerf auriculo-temporal

présentait également un foyer douloureux. Quant aux nerfs du membre supérieur, ils ont été atteints vers la fin de la maladie, alors que commençaient à rétrocéder les douleurs dans les régions envahies les premières ». Le sulfate de quinine en vint à bout.

C) NÉVRALGIES FACIALES SYPHILITIQUES.

Sous ce nom on a décrit :

1° Des névralgies syphilitiques proprement dites, où la cause initiale est nettement élucidée et qu'influence favorablement le traitement.

2° Des névralgies syphilitiques avérées où les lésions de sclérose étant prédominantes, le mercure ne produit pas d'effet.

3° Des névralgies tabétiques.

4° Des névralgies faciales chez un syphilitique, sans rapport avec son affection, mais influencées par d'autres circonstances étiologiques (neuro-arthritis surtout, dans la description duquel elles doivent rentrer).

Les deux premières seules méritent le nom de névralgie faciale syphilitique. Au point de vue symptomatique, il faut distinguer :

A) Les *névralgies faciales de la période secondaire* (Milian), Névralgies faciales de la roséole (Herrouet), de la septicémie syphilitique.

B) Les *névralgies faciales du tertiarisme*.

La névralgie secondaire doit, dans le plus grand nombre des cas, être recherchée. Elle est perdue au milieu des phénomènes généraux de l'infection, et, de plus, son intensité étant peu prononcée, les mala-

des se plaignent surtout de céphalée. La douleur est habituellement unilatérale, limitée à une branche, la sus-orbitaire de préférence (Fournier), mais elle peut être double (Arloing, Milian). Ces névralgies bilatérales même en l'absence de syphilis nette seraient d'après Chipault presque toujours caractéristiques de l'affection. Les paroxysmes névralgiques surtout nocturnes, ne sont pas en général très violents. Les points douloureux, constants, sont par ordre de fréquence sus-orbitaire, noso-lobaire, quelquefois sous-orbitaire, exceptionnellement mentonnier. La névralgie faciale de la période secondaire co-existe souvent avec d'autres névralgies : intercostales (Gaucher, Sergent et Champenier), sciatiques. Herrouet, par la ponction lombaire, a vu l'hypertension du liquide céphalo-rachidien qui ne contenait pas néanmoins d'éléments lymphocytaires. « Les réflexes tendineux, dit aussi cet auteur, sont souvent exagérés, comme si tout le système nerveux était en état d'irritabilité sous l'influence de l'invasion syphilitique générale... Cette névralgie est assez capricieuse, disparaissant quelquefois sans traitement, mais reparaisant avec la même facilité ; elle a tendance à guérir seule si la roséole elle-même disparaît ».

Les névralgies de la période tertiaire sont bien plus nettement localisées, car elles tiennent à des causes, non infectieuses, mais de compression. Mises à part les lésions gommeuses qui irritent la périphérie du nerf : gomme du frontal (Marrotte), rhinite nécrosante tertiaire (Dieulafoy), perforation du voile du palais (Dalché, Herrouet), la névralgie tertiaire

du trijumeau causée souvent par la compression pachyméningitique du nerf à la base du cerveau, au niveau du ganglion de Gasser et dans son voisinage, à une symptomatologie des plus spéciales. Hâtons-nous du reste de dire que c'est celle de toutes les compressions de la région gassérienne, quelles qu'en soient les origines. Il y a alors, non-seulement névralgie, mais encore paralysie du trijumeau et sensitif et moteur. Toujours cependant dans ces cas, les observations démontrent que le début se fait par des *phénomènes douloureux* qui persistent pendant toute l'évolution, ou qui passagers, font bientôt place aux signes de paralysie. Les premiers symptômes sont en effet tout d'excitation : céphalée surtout vespérale, avec douleurs névralgiques violentes les unes continuelles, les autres par crises sous formes de « décharges électriques ». Au bout de quelque temps apparaissent des *troubles d'anesthésie* dans la sphère de distribution du nerf atteint partiellement ou dans sa totalité. La sensibilité objective est diminuée, quelquefois abolie au front, à la tempe, à la joue sur la cornée, à la voûte palatine et aux gencives. La branche motrice n'est pas non plus intacte : les muscles masticateurs quand ils ne sont pas paralysés ont leur excitabilité faradique très diminuée. Les réflexes cutanéomuqueux ont disparu.

Les *troubles trophiques* ne sont pas rares sous forme de poussées zostériennes ; d'ulcérations de la cornée pouvant se compliquer de la fonte purulente de l'œil ; de carie et même de chute des dents. Mais cette variété de névrite névralgique du trijumeau n'est ordinairement qu'un épisode de la syphilis

cérébrale. Les lésions de méningite scléro-gommeuse enserrent aussi les nerfs voisins. La troisième, la septième, la huitième paire sont prises et compliquent le tableau morbide de leurs propres paralysies. La ponction lombaire révèle de la lymphocytose.

Le traitement mercuriel, s'il améliore, n'amène pas toujours la restitution *ad integrum*.

Mieux du reste qu'une plus longue description le résumé de trois observations typiques mettra en lumière cette symptomatologie.

OBSERVATION XI. — *Gillette*. — Névralgie rebelle de la 5^e paire. — Troubles anesthésiques et troubles nutritifs très graves du côté des organes des sens. — (*Résumée*).

Ce paraît être une névralgie centrale d'origine syphilitique méconnue.

Femme, 32 ans, obèse, 200 livres. Pas de maladies graves, sauf douleurs passagères au niveau des jointures. Depuis un an, *névralgie faciale droite*. Accès d'abord quotidiens, puis permanents (insomnie), atteignent toute la moitié droite de la face et de la tête.

Quelque temps après, ptosis de l'œil droit. « Tant que ce phénomène eu lieu, l'œil resta sain, mais quand il eut disparu, une quinzaine de jours après et que la malade put ouvrir facilement l'orifice palpébral, le globe oculaire devint malade. » Ces troubles apparurent 3 mois après le début de la névralgie, (légère photophobie, rougeur de l'œil, larmolement). Tandis que les douleurs névralgiques deviennent plus rares, les troubles de la vision s'exagèrent et la malade remarque en plus que le côté droit de la tête et de la face a perdu la sensibilité. A l'entrée dans le service de M. Richet, points douloureux sus et sous-orbitaire, mentonnier, pariétal, temporal.

Anesthésie du côté droit de la face : paupières, nez, joue, commissure labiale, région maxillaire inférieure cornée et bulbe oculaire, moitié droite de la langue. Rien à l'oreille externe, mais sifflements, bourdonnements, diminution de l'ouïe à droite. Troubles de l'olfaction à droite. Œil : leucome, chémosis, myosis.

OBSERVATION XII. — (Lancereaux). — (Résumée)

Femme, 47 ans, lingère. A 22 ans, syphilis : chancre de la lèvre, roséole, angine, plaques muqueuses. Rien jusqu'en 1877.

Il y a 2 ans apparition de *douleurs frontales intenses du côté droit*. Amaigrissement.

Année 1877. — En 1877, séjour à l'hôpital : traitement ioduré. Mais la malade sort trop tôt, ne se soigne plus, et pendant des mois entiers, atroces douleurs névralgiques ; puis troubles oculaires qui amènent la patiente à St-Antoine.

Année 1878. — Céphalée toujours très violente, perte de la vue à droite. L'interrogatoire et l'examen de l'œil permettent de reconstituer la série des accidents : *Kératite* neuro-paralytique. Abscess et perforation de la cornée. Hernie de l'iris qui est pris dans une cicatrice, staphylome consécutif. *Anesthésie* de la face à droite. Surdité du même côté. On donne KI, régime lacté. La malade sort au bout de 2 mois, améliorée, mais non guérie.

Année 1879. — Quelque temps après, l'amaigrissement continue ; douleurs frontales plus intenses. On donne KI à hautes doses qui calment les névralgies. Quand, sur l'insistance de la malade, on en arrête l'administration, les accès reviennent, constitués par des sensations persistantes (supportables) : Douleurs conti-

nuelles allant de l'arcade sourcillière droite vers l'occiput, fourmillements dans la moitié droite de la face. Sensations intermittentes, crises aiguës, décharges électriques dans joue et œil droit. Le traitement KI a fait disparaître les paroxysmes et améliore l'état général. L'exploration de la sensibilité dans la moitié droite de la face donne les résultats suivants : branche ophtalmique de Willis, rameau frontal, faible sensibilité; rameaux nasal, lacrymal, rien ; maxillaire supérieur, régions sous-orbitaires, de l'aile du nez, de la narine droite, de la joue insensibles. Maxillaire inférieur, anesthésie de la joue et de la moitié droite de la langue. *Mastication difficile*. — Depuis quelques mois, carie successive et chute de presque toutes les dents du maxillaire supérieur. En outre, bouche légèrement déviée, tirée à gauche, l'œil droit ne peut se fermer entièrement; depuis un an, surdité de l'oreille droite. Troubles de la marche, vertiges, tendance à se porter à droite, tendance à perdre l'équilibre. Membre supérieur droit : douleurs dans le poignet, raideur de la main ; membre inférieur droit serait plus faible. En somme, ce qu'il y a surtout, ce sont des paralysies des 5^e, 7^e, 8^e paires crâniennes.

Pour Lancereaux, c'est dans l'espace triangulaire compris entre le rocher en avant, la protubérance à gauche, et l'hémisphère cérébelleux à droite que doit se trouver la lésion qui ne peut être qu'une « tumeur comprimant les nerfs paralysés jusqu'à les détruire ». Cette tumeur ne peut être qu'une lésion syphilitique qui, en raison des troubles oculaires, englobe le ganglion de Gasser.

Année 1880. — Le traitement KI est continué ; état stationnaire, crampes, fourmillements, soubresauts des membres inférieurs. Troubles de la sensibilité, diminuée à droite, hypéresthésie à gauche. Pas de modification des symptômes céphaliques.

Année 1881. — Le 27 janvier, coma brusque, mort 2 jours après.

Autopsie. « Sur la face postérieure du rocher, on rencontre une masse fibreuse, impossible à dissocier, s'étendant du conduit auditif interne au sommet du rocher et résultant de l'adhérence et de la fusion des méninges molles et de la dure-mère entre elles et avec la région voisine du cervelet. . . les nerfs des 5^e, 7^e et 8^e paires du côté droit englobés dans un tissu fibreux, très compact, sont atrophiés et partiellement détruits ».

Ganglion de Gasser du côté droit, blanchâtre, induré, résistant et réduit à une mince bandelette. Histologiquement : éléments nerveux étouffés par le tissu conjonctif.

OBSERVATION XIII. — (*Long et Egger*). — Névralgie syphilitique du trijumeau avec paralysie. — (*Résumée*)

Femme, 31 ans, rien dans les antécédents.

Début de la maladie, il y a 3 ans, en 1894.

« Dans la moitié gauche de la face, douleurs analogues à des piqûres d'aiguille, dans une zone s'étendant dans la région sus-orbitaire jusqu'à la racine des cheveux, et dans la région sous-orbitaire jusqu'à l'oreille en arrière, et la lèvre supérieure en bas ». En *janvier 1896*, ulcération nasolabiale gauche, traitées par KI. *Janvier 1897*, léger ptosis gauche qui disparaît bientôt. *Avril.* — Les crises douloureuses augmentent avec participation du maxillaire supérieur ; le ptosis gauche réapparaît. A l'entrée à l'hôpital, névralgies de la 1^{re} et de la 2^e branches du trijumeau gauche (territoire cutané). Pression peu douloureuse. Anesthésie dans le domaine cutané-muqueux de ces deux nerfs. Hydoesthésie de la langue ; paralysie du trijumeau moteur gauche ; troubles auditifs. L'œil gauche présente une kératite

neuro-paralytique et troubles moteurs de l'œil. Le traitement mercuriel guérit presque tout.

C) NÉVRALGIES FACIALES TABÉTIQUES

M. PIERRET le premier, a démontré que dans le tabès le système du trijumeau était atteint. En effet, les noyaux de ce nerf ne sont-ils pas, de par l'anatomie comparée et normale, et par l'histologie, les prolongements bulbo-protubérantiels des cordons postérieurs. Le tabès étant une maladie systématique des régions médullaires sensibles, il est logique d'admettre que la lésion ascendante envahisse les noyaux sensitifs de la 5^e paire.

Avant Pierret, Topinard avait bien signalé chez certains tabétiques, des douleurs dans la mâchoire, dans l'œil. « Au globe oculaire, elles donnent lieu, par l'intermédiaire des vaisseaux capillaires, à des phénomènes congestifs identiques à ceux qui accompagnent les névralgies trifaciales : injection de la conjonctive, larmoiement, chaleur, dilatation de la pupille, etc. »

Pierret décrit ainsi les variétés de la névralgie faciale tabétique :

« Les douleurs de la face chez les personnes atteintes d'ataxie locomotrice reproduisent exactement le type des douleurs observées dans les membres. Elles affectent le *type fulgurant* et le *type persistant* ou continu.

1^{er} type. — C'est ainsi que l'on voit les malades se plaindre d'élancements, de coups de canifs dans les différentes branches cutanées du nerf trijumeau.

En général, les rameaux orbitaires sont le plus souvent intéressés. Ces douleurs laissent souvent après elles, une zone d'hypéresthie. On les rencontre assez souvent, chez les malades atteints de troubles oculaires, mais ce fait n'est pas constant, et l'on peut parfaitement observer l'un des phénomènes sans l'autre.

2^e type. — La douleur continue est de beaucoup la plus fréquente. Les malades se plaignent surtout de ressentir autour des orbites, le plus souvent à la racine du nez ou au niveau des muscles sourcilliers, (trou sus-orbitaire), une douleur contusive avec quelques exacerbations, douleur fixe, non mobile, s'accompagnant de sensibilité exagérée de la peau ou seulement d'anesthésie douloureuse. Lorsque cette douleur est plus généralisée elle peut simuler une hémicranie, et en imposer d'autant plus qu'elle s'accompagne de photophobie, d'écoulement des larmes et de troubles vasomoteurs. L'œil, lui-même, n'est pas exempt de ces douleurs, et certains malades disent qu'il semble qu'on le leur arrache. »

Mais la névralgie faciale tabétique ne se caractérise pas toujours uniquement par ces phénomènes douloureux variant d'intensité suivant la faculté de vibration individuelle à la souffrance. Elle peut s'accompagner de troubles de sensibilité attestant nettement une lésion du ganglion de Gasser ou même des centres. Outre les sensations anormales de fourmillements, de picotements, on a signalé de l'anesthésie, de l'algésie, de la thermo-analgésie, puis des troubles trophiques : chute des dents, mal

perforant buccal (Baudet, Herrouet), poussées éruptives variables sur la peau et les muqueuses.

Cette névralgie faciale tabétique se montre souvent d'après la lecture des observations « signal d'alarme du tabes » ou tout au moins, un signe précoc de la maladie. La lymphocytose du liquide céphalo-rachidien et les autres symptômes de l'ataxie au début se retrouvent : abolition du réflexe achilléen, signe d'Argyll, fulgurations des membres, troubles urinaires. Herrouet prétend que, quelquefois elle est heureusement influencée par le traitement mercuriel.

OBSERVATION XIV. — (Pierret). — (Résumée)

Homme âgé de 38 ans, Syphilis ancienne ? Alcoolique. à 34 ans, céphalée avec hyperesthésie du cuir chevelu et de la peau du front ; bientôt après, paralysie sensitive de la face du côté gauche ; paralysie légère des muscles de l'œil (diplopie) ; épiphora à gauche ; hyperesthésie vélopalatine ; à 37 ans, douleurs fulgurantes des jambes ; ptosis ; légère incoordination motrice. A la face les douleurs ont disparu, mais autour de l'œil gauche « plaque d'anesthésie qui occupe la paupière, la conjonctive, la face externe du nez et la partie supérieure de la joue ». Atrophie des deux papilles. Oûie et odorat normaux.

OBSERVATION XV. — (Pierret). — (Résumée)

Homme 41 ans, pas de syphilis, alcoolique ; à 39 ans, douleurs en ceinture, *faiblesse des membres inférieurs* ;

plus tard douleurs fulgurantes, affaiblissement de l'œil, droit; à 41 ans; « la face commença à grimacer, en même temps que la branche inférieure du nerf palpébral devenait extrêmement douloureuse ». Au même moment douleurs fulgurantes des 4 membres. « Peu de temps après, se montra une névralgie frontale très rebelle et très douloureuse qui parut s'accompagner d'un certain degré de paralysie des muscles sourciliers, et qui dans l'intervalle de ses apparitions laissait à la racine du nez un point d'hypéresthésie très étendu. » A la même époque bourdonnements, sifflement et affaiblissements de l'ouïe de l'oreille gauche : *actuellement* outre des douleurs fulgurantes des membres et de l'incoordination, existent de l'atrophie papillaire, des spasmes laryngés, une douleur sus orbitaire bilatérale, du machonnement, la déglutition est pénible; la parole embarrassée; l'articulation est mauvaise. Il existe des mouvements incoordonnés des muscles de la face et de la trémulation de la langue. 2 ans après, le malade présente de l'incoordination il lui est impossible de se tenir debout; paralysie de tous les muscles moteurs de l'œil; machonnement continu, paralysies des orbiculaires des lèvres et écoulement de salive, mastication maladroite, douleur à la racine du nez et hypéresthésie de la peau de la face à ce niveau.

OBSERVATION XVI. — (Pierret). — (Résumée)

Homme. A 20 ans fièvre typhoïde. Il y a quinze ans *syphylis* Il y a 2 ans, début par douleurs fulgurantes à la face, au front, aux lèvres, dans le rectum et dans le cou; ptosis, faiblesse des membres inférieurs. Plus tard douleurs fulgurantes des membres et ataxie; plus tard encore engourdissements des membres supérieurs. Depuis un an, « insensibilité à peu près complète de la muqueuse

linguale et buccale » sans trouble de la déglutition et avec conservation, pour la langue, de la sensation de contact ; puis douleurs fulgurantes dans les dents des 2 côtés. *Mastication difficile*. A l'examen, anesthésie et analgésie de la face droite et gauche, avec hypéresthésie telle que le malade ne se rase pas volontiers.

OBSERVATION XVII. — (*Milian*). — (*Résumée*).

Homme 36 ans. A l'âge de 14 ans, fièvre typhoïde, à 28 ans, chancre syphilitique, plaques muqueuses bucco-anales. Depuis, 2 enfants (1 mort à 23 jours, l'autre à 14) ; s'est soigné 2 ou 3 ans ; très nerveux, pas d'éthylisme. *Le 8 août 1902*, vient dans le service de M. Fournier. Douleur à la face depuis 5 semaines, surtout la nuit vers 2 heures du matin. Nerfs douloureux : frontal avec point sus et sous-orbitaire droit ; grand nerf occipital d'Arnold, branche du plexus cervical superficiel. Réflexes : crémastérien gauche presque disparu, rotulien conservé ; controlatéral nul, achilléen droit, diminué gauche, absent. Pupille droite ovale horizontalement ; réflexes à la lumière et à la distance normaux. A la suite de piqures d'huile grise les douleurs disparaissent. *8 octobre 1902* : Douleurs sus-orbitaire droite quand il fait froid, éruption vésiculaire de la voûte palatine du côté droit (5 ou 6 vésicules). *18 décembre 1902* : Névralgie faciale disparue, diminution des réflexes à l'accommodation et d'un côté, à la lumière. Réflexes achilléens disparus, rotuliens exagérés.

OBSERVATION XVIII — (*Personnelle*).

Névralgie faciale tabétique bilatérale.

K.,., Thérèse 28 ans. Salle Cruveilhier n° 10
Observation prise en 1906.

A. P. Pas de particularités, fluxion de poitrine ? A 17 ans, maux de gorge. Toujours céphalées au moment des règles.

Souffre de névralgies dans la face : début par le côté droit il y a 2 ans (début de la maladie), envahissement du côté gauche il y a 15 jours (Janvier). Début subit il y a 2 ans, par une sensation de barre dans la région frontale droite avec éblouissements et ptosis. A ce moment, quand elle se touchait la figure ne sentait rien, et lorsqu'elle se peignait ne percevait pas le contact du peigne. De même quand elle se lavait, le passage du linge sur les téguments n'était pas senti à l'hémiface droite. A peu près en même temps, elle éprouva de forts picotements qui revenaient par crises tous les quarts d'heure [et étaient localisés] uniquement à la gencive supérieure droite. Toutes les dents étaient agacées et remuaient, surtout lorsque la malade mangeait. A ce moment les lancées partaient de la racine du nez, contournaient l'orbite droit, arrivaient à l'os malaire, puis à la gencive supérieure, puis contournaient la bouche et se terminaient à la gencive inférieure. Les aliments ne lui paraissaient avoir aucun goût. Elle croyait « manger de la paille ». Depuis cette sensation toujours persiste. Du reste, au dire de la malade, ces douleurs n'auraient jamais cessé et n'auraient fait qu'empirer. A cette même époque, elle ressentit des douleurs dans la région dorsale moyenne, et bientôt une sensation de corselet. Les bras, surtout le droit, étaient lourds et engourdis. Les troubles sensitifs paraissent avoir débuté par les extrémités terminales du nerf cubital droit. Elle n'avait pas de douleurs dans les jambes et n'en a pas eu depuis, mais elle marchait mal. Jamais de diplopie, mais des brouillards devant les yeux. Jamais d'incontinence d'urine, quelquefois, quand la malade retardait ses besoins, la vessie devenait paresseuse, et elle était obligée de pousser.

A son entrée dans le service, dyspnée et cornage qu'on reconnaît dus surtout à un élément spasmodique puissant. Depuis 4 semaines, a de la peine à se tenir sur les jambes. Depuis 2 mois quelques petites douleurs à gauche ; lancées dans les tempes. Depuis 15 jours, fortes douleurs partant de la tempe, allant à l'aile du nez, aux gencives. Parfois, elles passent d'un côté à l'autre. Force musculaire intacte aux 4 membres. Réflexes rotuliens abolis. Signe d'Argyll, léger degré d'anesthésie articulaire, perte complète du sens stéréognostique à la main droite, la sensibilité thermique étant conservée. Pas de troubles de sensibilité objective dans le domaine du trijumeau.

D). NÉVRALGIE FACIALE DES TUBERCULEUX

Perroud la considère comme une des névralgies les plus fréquentes des tuberculeux, et la place avant l'intercostale et la sciatique. Il l'a vue, en général unilatérale, d'ordinaire du côté du poumon le plus gravement atteint. Pourtant elle passe facilement du côté opposé. Elle siège le plus souvent dans la région sus-orbitaire et fronto-temporale. Carrière l'a signalée bilatérale. Elle se caractérise par une douleur, ou franchement intermittente ou continue avec des exacerbations intermittentes et irradiations à la nuque et dans le cou.

Les points douloureux sont peu nets : c'est plutôt tout le trajet du nerf qui se montre douloureux. Les troubles vaso-moteurs (photophobie, larmolement) et trophiques (zona) sont loin d'être rares (Perroud-

Carrière). Vaissade en décrit 2 formes, une prodromique avant l'apparition des lésions, « à ce stade d'amaigrissement, de perte de l'appétit, où le malade est moins un tuberculeux qu'un sujet apte à le devenir » ; une de la période d'état. Ce que la lecture des observations de Perroud, de Carrière montre, c'est que les paroxysmes fronto-temporaux alternaient avec d'autres douleurs névralgiques : névralgie des membres supérieurs, sciatique, intercostale, interscapulaire, crurale. C'est aussi qu'ils s'associent à des signes de névrite périphérique : les masses musculaires du cou, des bras, des membres inférieurs sont douloureuses à la pression et plus ou moins atrophiées. La durée de ces crises névralgiques est tantôt de 5 à 6 jours, tantôt de quelques mois par période de 15 jours environ.

Perroud avait déjà remarqué l'heureuse influence du sulfate de quinine sur ces névralgies, *probablement dues à la septicémie* secondaire si fréquente chez les phtisiques.

E). NÉVRALGIES FACIALES INFECTIEUSES RARES

Nous n'avons rien de particulier à dire de ces névralgies qui apparaissent au cours, mais surtout au décours des infections. Douleurs sourdes et continues avec accès périodiques, présence de points douloureux sur le trajet des nerfs qui souffrent, courte durée, c'est le tableau banal de la petite névralgie, dans ces cas, indice fréquent d'un processus de

septicémie qui s'est fixé sur les nerfs périphériques. Il est exceptionnel que d'autres nerfs ne soient pas également touchés. La 2^e observation de Valleix est une névralgie faciale gauche qui apparut après une rougeole et se compliqua de névralgie intercostale. Les prosopalgies qui marquent le début ou qui compliquent les derniers stades de la grippe sont bien connues (Lehmann). Aldrich a publié un cas de névralgie faciale apparue à la sixième semaine d'une fièvre typhoïde et qui dura un peu moins d'un mois.

NÉVRALGIES FACIALES DES INTOXICATIONS

On n'a guère étudié que celles du *diabète*. Il faut en distinguer 2 espèces.

1^o Les *névralgies banales*, les plus nombreuses.

2^o Les *névralgies diabétiques proprement dites*, que caractérisent leurs localisations symétriques, leur acuité, leur tenacité. Les trigéminalgies sont bien plus rares que les sciatiques et les névralgies intercostales. En 1874, Rosen signale une névralgie opiniâtre et très douloureuse de trijumeau chez un vieux diabétique. Le régime la fit disparaître. Puis Costes, Charcot en rapportent des cas. En 1881, Worms publie une observation de *névralgie bilatérale des nerfs dentaires inférieurs*, apparue subitement, et des plus violentes. La langue, l'articulation temporo-maxillaire et le maxillaire supérieur étaient indolores. Les urines renfermaient par litre 25 grammes de sucre. En 3 jours, sous l'influence d'un régime approprié, la névralgie disparut.

GRANDE NÉVRALGIE FACIALE

Comme elle a son étiologie à elle, la grande névralgie faciale a aussi, nous allons essayer de le montrer, sa personnalité clinique.

TROUSSEAU l'appelait névralgie épileptiforme. Il en distinguait 2 variétés, l'une la plus commune, que caractérisent simplement des paroxysmes névralgiques, la seconde ou *tic douloureux*, bien moins fréquente, et où des douleurs s'accompagnent de mouvements convulsifs. Rappelons la description qu'il en donne.

1^{re} forme. « Un individu qui un instant auparavant, n'éprouvait aucune sensation extraordinaire, et témoignait hautement de l'absence totale de souffrance, est tout à coup pris d'une horrible douleur au moment où il vous parle. Vous le voyez porter la main à son visage qu'il presse avec une force extrême, qu'il *frictionne* avec une énergie extraordinaire, au point que ces frictions répétées finissent par détruire complètement le système pileux du côté malade... Il balance sa tête entre ses mains en poussant des *gémissements* étouffés. Cette scène dure 10, 15 secondes, 1 minute au plus, et le tout est fini sans convulsions. L'individu reprend son discours interrompu, jusqu'au moment où il vous rendra témoin d'un paroxysme nouveau. Voilà la névralgie épileptiforme simple.

2^e forme. Ou bien, au moment où la douleur commencera, vous verrez tous les *muscles du côté du visage* agités de mouvements convulsifs rapides, et l'attaque, comme pour le malade précédent sera accomplie en une minute au plus : voilà la *névralgie épileptiforme convulsive, le tic douloureux*. »

GILLES DE LA TOURETTE avait bien remarqué, qu'à côté de ces névralgies légères où les élancements douloureux « prennent naissance sur un fond de souffrance continue », il existe des névralgies graves ou tics douloureux, dans lesquelles « *tout est paroxystique* ». Les crises débutent brusquement et cessent brusquement. Dans leur intervalle, le malade ne souffre pas. D'abord espacées, les périodes douloureuses se rapprochent jusqu'à devenir subintrantes. Enfin, presque toujours, se manifestent des troubles vaso-moteurs, sécrétoires ou trophiques.

ZIMMERN considère cette forme grave comme une névralgie particulière au trijumeau, où les douleurs paroxystiques l'emportent sur l'endolorissement continu, où « les points de Valleix n'ont pas la netteté mathématique indiquée par les classiques », où les troubles sécrétoires sont particulièrement fréquents. Quelquefois on note des mouvements convulsifs.

VERGER dénomine ces formes sévères de la proposalgie que ne calme pas l'injection de cocaïne locodolente : *névralgies faciales d'origine centrale*

D'après lui, les caractères cliniques essentiels sont :

« 1^o Une évolution longue, par étapes, avec des *accalmies* spontanées qui peuvent être très prolongées.

2° La manifestation intermittente des douleurs sous forme de paroxysmes brefs, apparaissant et disparaissant subitement, et séparés par des intervalles d'indolence complète.

3° L'absence habituelle de véritables zones douloureuses, la douleur revêtant le type de la douleur en feu d'artifice autour d'un point central avec des irradiations centrifuges.

4° L'influence provocatrice habituelle des mouvements de mastication, de déglutition et de phonation, et de l'ingestion des boissons trop chaudes ou trop froides.

5° L'impossibilité habituelle de provoquer les paroxysmes par les irritations périphériques, impossibilité complète où n'existant que dans la période post-paroxystique.

6° L'absence des points de Valleix.

7° L'absence de troubles par défaut de la sensibilité du visage.

8° L'existence de phénomènes spasmodiques toniques ou cloniques au cours des paroxysmes.

Aucun de ces caractères n'est absolument constant, bien entendu, mais l'ensemble quelque peu incomplet reste suffisamment caractéristique. On peut encore accessoirement constater.

a) Des troubles pupillaires consistant dans l'absence de réaction du paroxysme douloureux et à la douleur provoquée.

b) Des troubles paroxystiques sécrétoires ou vasomoteurs ».

La grande névralgie faciale se présente donc comme une maladie autonome. A côté de la douleur

symptôme principal, que nous allons surtout décrire, on note assez souvent d'autres phénomènes soit moteurs, soit vaso-moteurs, sécrétoires et trophiques que nous étudierons à part.

Avant tout, la grande névralgie faciale se caractérise par des *élancements douloureux* dont le groupement constitue un *accès*. Une série d'accès s'appelle *attaque* ou *crise*.

Si l'on recherche le *mode de début* de l'affection la lecture des observations montre qu'il est le plus souvent brutal : le malade pousse un cri. Chez deux de nos patients le début survint brusquement dans les premières bouchées d'un repas. Néanmoins on a quelquefois noté des *prodromes*, qui se sont ultérieurement répétés à chaque nouvel accès. Ce peut être une « sensation de balancement, d'oscillation dans la masse encéphalique » (Bérard), une sensation pénible analogue aux « battements oscillatoires d'une pendule » (Trousseau). Dans d'autres cas, c'est une sorte d'aura-sensorielle : un sentiment de chaleur intranasale, une « démangeaison à l'aile droite du nez suivie d'un effort d'éternuement » (Bérard), un picotement partant du sommet du nez (Verger). Il en est qui accusent des sensations de chaleur, de fourmillements, de picotements aux gencives. Un de nos malades ressentait de l'agacement des dents. D'aucuns éprouvent des bourdonnements d'oreille ou voient trouble. Enfin, un phénomène d'ordre vaso-moteur ou sécrétoire peut présider au début de l'accès soit écoulement lacrymal, soit salivation. Un de nos malades, grand buveur, avait ses crises à la suite d'une émotion. Mais *la douleur survient*

tantôt d'intensité progressive, tantôt violente d'emblée. En général une seule branche nerveuse est atteinte. C'est surtout le nerf maxillaire supérieur, plus rarement l'inférieur dans ses rameaux dentaire inférieur ou quelquefois lingual. La branche ophtalmique de Willis n'est envahie qu'à la longue, et inconstamment, dans les névralgies du maxillaire supérieur. Il n'est pas rare de voir les paroxysmes débiter *au niveau des parties dures* ossature des maxillaires et surtout dents (Bérard). En général c'est dans une dent saine ou cariée, canine ou prémolaire, exceptionnellement molaire, que le malade ressent des douleurs. Il croit se trouver en présence de la vulgaire odontalgie ; il se fait soigner ou arracher l'organe qui lui semble malade, mais en vain. Il s'en prend alors à la dent voisine qu'on enlève sans plus de résultat, et ainsi de suite. Certains de ces malheureux perdent de cette façon toutes leurs dents. Malgré ces avulsions, les crises reprennent plus violentes souvent et continuent de plus belle. D'autre fois, l'ostéo-odontalgie est secondaire, et ce sont des souffrances *au niveau des parties molles* qui ouvrent la scène. Nous avons vu les douleurs débiter aux lèvres, à la fosse sous-orbitaire, à la joue, au niveau des régions malaires et mentonnières, parfois à la langue. Bientôt le malade accuse des points surtout osseux, nettement localisés et douloureux à la pression, soit pendant le paroxysme, soit presque continuellement. Tantôt encore les douleurs suivent l'arcade dentaire, se dirigeant de l'inférieure vers la supérieure et réciproquement. Tantôt ce sont des irradiations remontant en général le tronc du

nerf, d'autres fois le descendant, mais dont le caractère essentiel, est de ne jamais être très étendues. Des fulgurations par exemple, parties de la lèvre supérieure gagnent vers le haut l'aile du nez et la région sous orbitaire, quelquefois poussant vers l'œil.

Il peut y avoir comme nous le verrons combinaison, alternance, balancement des douleurs osseuses et des parties molles. Le nombre des élancements va de l'unité ou de 2 ou 3 à plusieurs certaines. Les malades comparent leurs souffrances à des pulsations, des élancements; ou bien c'est un martèlement, une sensation de coin qui s'enfonce dans la tête. Il semble à l'un qu'on le perfore, à l'autre qu'on le crible de coups de couteau, à celui-là qu'on lui passe sur la joue un fer rouge. Ou ce sont des douleurs en éclairs, des arrachements, des torsions. Au point de vue des sensations douloureuses, il faut savoir que les accès sont loin d'être calqués les uns sur les autres. Parfois ils ne se constituent que d'élancements en éclairs; le paroxysme suivant est fait de fulgurations en « feu d'artifice »; une autre fois, c'est une souffrance par broiement et attrition. Au bout de quelques secondes, une minute au plus, tout est fini. Il est des crises de durée plus longue : quelques minutes, un quart d'heure à une demi-heure, rarement une heure. La douleur cesse brusquement ou laisse dans quelques cas après elle, un sentiment de vague engourdissement.

La pression forte, les frictions prolongées, certains mouvements peuvent calmer les souffrances. Nous avons vu un malade atteint de tic douloureux du maxillaire supérieur, arrêter ses crises les plus vio-

lentes de la façon suivante : il se pressait la partie latérale du nez avec la paume de la main qu'il descendait ensuite rapidement sur la lèvre supérieure. La sériation des accès est, dans certains cas, remarquable : pendant plusieurs jours un médecin nous a dit avoir observé sur lui-même des paroxysmes durant 58 secondes et revenant régulièrement toutes les 4 minutes. En dehors de leurs apparitions spontanées, un rien suffit à rappeler les crises. Un processus physiologique comme les règles, un phénomène physique tel que l'abaissement de température (froid), la chaleur du lit, les multiplient. Les provoquent aussi, la marche contre le vent, la respiration un peu rapide, un simple frôlement, le plus faible contact sur la peau du visage. A plus forte raison les paroxysmes reparaissent si le malade sort d'une immobilité absolue. Qu'il remue à peine les lèvres, qu'il veuille fermer l'œil, et voilà la crise déclanchée. Tous les mouvements des muscles de la face, de la mastication, de la déglutition les réveillent. Le malheureux, obligé de se tenir immobile, dans une attitude figée, n'ose, dans la crainte d'un paroxysme, ni causer, ni mastiquer, ni avaler. Il ne déglutit même plus sa salive qui s'écoule au dehors, n'essaye plus de s'alimenter, et ce n'est qu'avec hésitation, qu'il consent à absorber des liquides.

Durant sa crise, le patient, triste et abattu, garde un morne silence. D'autres fois comprimant la région malade à pleines mains, il se promène avec agitation. Certains se livrent à des contorsions des muscles de

la face qui atténuent la douleur, et qui d'abord volontaires finissent par devenir réflexes. Elles n'ont rien à voir avec les secousses épileptiformes. D'autres se frictionnent avec énergie, se mordillent les lèvres, mâchonnent à petits coups, font des grimaces et poussent d'horribles cris. Il en est chez qui les douleurs amènent de véritables accès de rage ; et l'on a peine à empêcher le malheureux de se porter à de pires extrémités et d'attenter à ses jours. On en a même vu qui n'étant calmés par rien, étaient poussés au suicide.

On conçoit que l'*état général* soit atteint, tant du fait de l'excitation nerveuse que de la fatigue de l'insomnie, de la dénutrition tous les jours croissants. Certains de ces pauvres gens, très amaigris, se trouvent presque réduits à l'état de squelette.

Les crises névralgiques sont d'abord largement espacées. Au bout d'un certain temps elles ne tardent pas à se rapprocher tout en augmentant de violence. Elles peuvent finir par devenir subintrantes, avec une apparence même de continuité qui pourra tromper sur la nature du mal. La *durée de l'affection* est variable et se chiffre d'habitude par des années. Une de nos malades en souffrait depuis vingt-cinq ans. On a vu la grande névralgie faciale disparaître aux approches de la ménopause. Mais ce qui permet difficilement de parler de guérison c'est que, surtout dans ses premiers stades, la maladie est susceptible de *rémissions*, en apparence dues à l'intervention du médecin, en réalité spontanées, et qui peuvent durer des semaines, des mois, quelquefois un an ou deux. Les douleurs récidivent alors, le plus ordinairement

rement dans le territoire du nerf affecté, quelquefois dans une autre branche ou dans la moitié alterne de la face jusqu'alors indemne de névralgies.

On ne doit jamais l'oublier, la grande névralgie faciale est une maladie nettement paroxystique, à allure et évolution franchement capricieuse, pouvant se compliquer à un certain moment, rarement à son début, de phénomènes moteurs. Ce qui constitue son essence, ce sont les *élancements paroxystiques*. Même dans les formes anormales et rares où existe une douleur vague et profonde, on les retrouve, dominant toujours le tableau morbide, et, à certains moments, complètement isolés et indépendants.

FORMES DE LA GRANDE NÉVRALGIE DU TRIJUMEAU

L'étude de nos observations nous a paru devoir permettre la distinction de 3 formes, que différencie seulement le terrain qui les développe.

1° *La grande névralgie faciale des arthritiques.*

2° *La grande névralgie faciale des neuro-arthritiques.*

3° *La grande névralgie faciale des nerveux.*

I. — GRANDE NÉVRALGIE FACIALE DES ARTHRITIQUES

Les malades qui en sont atteints exhalent, pour ainsi dire, leur diathèse : la plupart sont des migraineux en activité. L'affection se présente sous deux aspects. C'est tantôt une névralgie osseuse, strictement limitée, apparue d'emblée ou secondairement.

Tantôt c'est une névralgie mixte, à la fois des parties osseuses et molles. Jamais nous n'avons retrouvé chez les arthritiques, d'exemples de névralgie isolée des parties molles. Jamais non plus, dans les formes osseuses pures, nous n'avons noté de phénomènes moteurs surajoutés.

a) *Forme osseuse*

OBSERVATION XIX. — (*Personnelle*). — *Forme osseuse primitive de la grande névralgie faciale arthritique*

C. . . , âgé de 50 ans, garçon de restaurant.

A. H. : Père mort à 77 ans; ni névralgies faciales, ni migraines. Mère morte de douleurs d'estomac.

A. P. : Il est enfant unique; né à terme, très difficilement; mal traité en nourrice, ne se souvient pas de ses maladies du jeune âge. Depuis son enfance, autant qu'il puisse s'en souvenir, était sujet aux *migraines*. — Le moindre surmenage, le plus petit excès les provoquaient: céphalée occipitale, scotome, un vomissement unique après lequel il était soulagé et s'endormait.

Ces accès, suivant la cause occasionnelle, revenaient tous les 8, tous les quinze jours. Ces migraines ont disparu déjà depuis longtemps. Il n'a jamais eu de rhumatisme et n'a présenté ni coliques hépatiques, ni coliques néphrétiques. Il avait toujours eu une excellente dentition. Syphilis en 1878 (à 23 ans) diagnostiquée par Ricord. Ne s'est soigné que 3 mois. A la suite, apparaissent des céphalées surtout nocturnes. Puis les maux de tête deviennent presque constants, siégeant surtout à l'occiput, quelquefois frontaux. Marié à 27 ans, ses enfants seraient bien portants, sa femme n'a pas fait de fausse couche.

Début de la névralgie il y a 10 ans. Le malade l'attribue à une dent *cariée* qui paraît avoir été la canine

ou la première prémolaire inférieure droite. Au bout d'une quinzaine il la fait arracher. Soulagement de quelques jours, puis les douleurs reviennent au même point, subissant une recrudescence progressive. Elles survinrent d'abord par *crises*, réapparaissant toutes les 5 ou 10 minutes, aussi bien pendant les mouvements que dans leur intervalle. Tantôt légères, tantôt fortes. Le malade les compare à un coup de foudre. Au bout de 5 ou 6 mois les douleurs devinrent subintrantes par périodes avec paroxysmes des plus violents. D'ordinaire il ne souffrait pas, à condition de garder une attitude figée et de ne pas faire bouger un muscle de sa face.

Dès que les lèvres remuaient, ou la langue, la crise douloureuse se déclenchait. L'alimentation était très difficile ; il mettait 1 heure et demie pour boire un bol de lait. Il ressentait une douleur profonde « il lui semblait que son menton était allongé. » A cette période salivation intense et très exagérée.

En 1897, 1^{re} opération, résection du rebord alvéolaire inférieur droit (dents saines) par M. Nélaton et M. Combes. Il fut calmé pendant 6 mois « tout en sentant toujours quelque chose » mais pouvait l'endurer. Au bout de ce temps la douleur revint plus forte et plus diffuse, avec irradiations dans les gencives supérieures droites et la pointe du malaire.

Ni le nez, ni l'œil, ni la lèvre n'ont été douloureux. Le malade insiste nettement sur ce fait : *qu'il n'a jamais eu de douleurs superficielles*, mais osseuses, mais profondes. Seulement ces douleurs étaient provoquées même par le plus léger attouchement de la peau : lèvre supérieure, cil droit, nez, moitié droite du front. Elles reparaissaient aussi s'il voulait se moucher, manger, avaler (c'étaient là les douleurs les plus horribles et « le tirage était le plus fort ») ; s'il essayait de marcher, de courir ce qui déchaînait une crise terrible,

ou seulement de tourner la tête, etc. Le malade n'a pas souvenance d'avoir eu des secousses musculaires dans la joue.

2^e opération. — M. Combes l'adresse à M. Morestin : résection plus complète du maxillaire inférieur et arrachement du nerf mentonnier. Légère accalmie ; une fois la plaie cicatrisée *les douleurs revinrent au point primitif*, au maxillaire supérieur et au maxillaire inférieur, contournant complètement l'hémiarcade dentaire droite ; salivation très vive.

Au bout d'un an 1/2 il recourt de nouveau au chirurgien.

3^e et 4^e opérations. — M. Morestin lui fait l'ablation de la branche montante du maxillaire et arrachement du *nerf dentaire inférieurs* — Soulagement momentané jusqu'à la cicatrisation, puis reprise des souffrances.

5^e et 6^e opérations. — 1902. M. Morestin. Résection du ganglion de Gasser. — On pratique l'opération en 2 temps. Dès qu'il se réveille le patient ressent la douleur dans la mâchoire supérieure. Il est 2 ans sans pouvoir ouvrir la bouche et la mâchoire étant fermée ne souffrait pas. A ce moment il a une pleurésie sèche.

A la suite de la résection du ganglion de Gasser, la moitié droite de la face ne sentait plus. S'il se passait la main sur cette partie, il lui semblait « qu'il touchait de la baudruche ». Mais, en mangeant et en parlant, la douleur subsistait toujours. Du reste, peu à peu, la sensation de baudruche disparut et en 6 mois la sensibilité revint. Actuellement le malade sent parfaitement.

7^e opération. 1904. — Résection du ganglion cervical supérieur, du sympathique droit. Après l'opération : 1^o la joue droite « gonfle » et est restée telle depuis ; 2^o écoulement peu abondant de larmes qui dure 1 an 1/2 ; 3^o myosis ; 4^o légère exophtalmie ; 5^o bradycardie légère.

En outre. *douleurs dans la région de l'auriculo-temporal.* « Jamais les douleurs n'étaient montées si haut » dit le malade.

M. Sabouraud le voit alors et essaie de la radiothérapie. On cesse à cause de la dermite qui se manifeste.

Actuellement il souffre dans la courbe qui serait formée par le bord postérieur de la branche montante et du corps du maxillaire inférieur. La douleur primitive de la région canine inférieure droite a disparu après la résection du nerf dentaire.

Jamais, et le malade insiste bien sur ce fait, *il n'a eu de douleurs à la pression.* Actuellement il peut avaler et cracher sans souffrir, à condition de prendre des précautions. C'est toujours le mouvement des lèvres et de la langue qui rappelle les souffrances.

Au toucher on constate que la branche montante du maxillaire et le rebord alvéolaire droit n'existent plus. Le condyle maxillaire paraît avoir été conservé. Il existe une cicatrice temporale; une cicatrice préauriculaire, une cicatrice cervicale supérieure. Pas d'anesthésie dans le domaine du trijumeau. Très légère hypoesthésie droite à la piqure et à la température. Légère hypoesthésie et diminution du goût dans la 1/2 droite de la langue.

OBSERVATION XX. — (*Personnelle*). — *Forme osseuse secondaire de la grande névralgie faciale arthritique maxillaire (inférieur).*

M. D..., 64 ans, souffre de névralgie faciale depuis près de 3 ans. Personne dans sa famille n'en était atteint.

A. H. : Père mort à 84 ans. Mère morte à 56 ans de tumeur de l'intestin??. Le malade est enfant unique.

A. P. : Né à terme dans de bonnes conditions, élevé au sein. Aurait été très malade dans son enfance (darts?).

M. D... , a toujours eu des *migraines*. Il nie les maladies vénériennes. Il ne se souvient pas d'avoir été impaludique. Marié à 21 ans, 3 enfants : 1^{er} garçon, mort à 5 mois du croup ; 2^e fille, 41 ans, tuberculeuse ; 3^e garçon, mort à 6 mois de gastro-entérite.

Il y a 10 ans, *coliques néphrétiques*, qui reviennent 2 ans de suite, sable dans les urines, douleurs ; 2 saisons à Contrexéville, guérison ; 2 ans après, *coliques hépatiques*?? sans ictère, urines foncées, cystite et prostatite, pas de troubles urinaires.

N'avait jamais souffert des dents qui pourtant se déchaussaient.

En juillet 1902, début de la maladie actuelle. Un matin, au moment de se mettre à table, *douleur subite*, dans la *région massétérine*. C'étaient des *élançements* qui duraient 2 ou 3 secondes. Il veut manger : les douleurs reviennent et persistent seulement lors des premières bouchées. Elles apparaissent ensuite à l'occasion de chaque repas. A cette période, elles étaient très localisées. Durée de la crise : 2 mois. Il n'y avait pas de paroxysmes nocturnes et le malade dormait très bien la nuit.

Au bout de deux mois, les douleurs s'étaient *cantonnées* à la canine inférieure droite et le patient éprouvait des picotements d'aiguille chaque fois qu'il causait, des douleurs beaucoup plus violentes au commencement des repas. Mais ces phénomènes restaient toujours très localisés.

A ce moment, étant à Lille, il consulte un docteur, puis un dentiste qui ne trouve pas de carie. Les douleurs continuant, le malade exige qu'on lui enlève des dents : on lui en arrache deux, probablement l'incisive latérale inférieure droite et la première prémolaire du même côté. Un an après, il se fait enlever deux grosses molaires. Les souffrances restaient toujours localisées,

procédant par élancements. Au début, l'intervalle des crises était indolore, même à l'occasion des mouvements, mais plus tard ceux-ci rappelaient les paroxysmes.

De temps en temps insomnie. Au moment des accès forte *salivation* ; contorsions de la bouche, mais pas de secousses convulsives. Les douleurs survenaient surtout dans le jeu des lèvres, quand la langue faisait pression sur le point douloureux. Il y a 2 ans, M. Lombard, laryngologiste des hôpitaux, lui enlève sous le chloroforme un *calcul* de la glande *sublinguale droite*. Il voit il y a un an le docteur Rodier à Lariboisière, qui lui arrache la canine inférieure droite et l'incisive médiane. Pas d'amélioration.

Va en octobre 1904, à l'école dentaire : là M. le docteur Roy *résèque le rebord alvéolaire et arrache le nerf dentaire inférieur droit*. Les douleurs deviennent plus violentes, et de localisées qu'elles étaient, s'étendent, remontent le long du corps du maxillaire jusqu'à l'angle. Le malheureux ne dormait plus la nuit. Il retourne en avril à l'école dentaire, où M. Roy lui enlève le *rebord alvéolaire antérieur* du corps du maxillaire.

Les crises toujours persistent avec la même violence : le malade, fou de douleur, achète un appareil électrique ??? Au bout de 2 mois, légère accalmie qu'il attribue aux applications électriques.

État actuel. — Malade atteint de gingivite expulsive ; le rebord alvéolaire de la mâchoire inférieure droite est complètement détruit.

Si on promène le doigt à ce niveau, on trouve à la place de la canine, au rebord interne de l'os qui reste, un *point excessivement douloureux* où les souffrances ressenties seraient analogues à des piqûres très vives d'aiguilles. La douleur qui, diffuse à certains moments, semble remonter le trajet du nerf dentaire inférieur. Les dents qui restent sont indemnes de carie.

b) Forme mixte.

OBSERVATION XXI. — (*Personnelle*). — Grande névralgie du maxillaire supérieur gauche avec envahissement de la première branche.

M. A., 58 ans, cordonnier, atteint depuis 1896 de névralgie faciale du maxillaire supérieur, et accessoirement du sus-orbitaire gauche.

A. H. : Son père avait eu de fortes migraines. Sa mère a souffert de violents maux de tête. Ils eurent 7 enfants : 5 vivent, 2, filles mortes, pas de fausses-couches. 1^{er}, fille, très bien portante, a eu des migraines ; 2^e, fille, sujette aux migraines ; 3^e, fille, aurait eu des maux d'estomac, morte ; 4^e, fille, migraineuse ; 5^e, garçon : c'est le malade ; 6^e, fille. — Le malade ne peut donner d'autres détails précis, car presque toute sa famille est en Amérique.

A. P. : Né à terme dans de bonnes conditions ; était de constitution un peu faible. Vers l'âge de 10 ans aurait commencé à avoir des *migraines* qui revenaient presque tous les quinze jours, surtout après ses sorties. Ces hémicranies se caractérisaient par de la céphalée surtout occipito-frontale, accompagnée de palpitations violentes, de troubles visuels et de vomissements abondants. Le tout durait une journée, le malade s'endormait alors, et la douleur cessait, même s'il n'avait dormi qu'une demi-heure. Ces migraines persistent toujours. A partir de l'âge de 25 ans leur fréquence diminue un peu et elles ne reviennent que tous les mois.

Nie la syphilis et les fièvres intermittentes ; fièvre muqueuse à 29 ans. Marié, a eu 3 enfants : une fille, âgée de 24 ans, migraineuse et deux garçons. A eu quelquefois des maux de dents, mais jamais ni coliques hépatiques, ni crises néphrétiques. Se plaint d'être très constipé. Avoue quelques accès de boissons occasionnels.

En 1896, début de névralgies. A ce moment les migrai-

nes deviennent de moins en moins fréquentes, mais ne disparaissent jamais complètement. Parfois les deux coïncident, quelquefois la névralgie disparaît tout doucement et est remplacée par une migraine beaucoup plus forte qu'à l'ordinaire.

En 1896, il ne peut dire si c'est l'été ou l'hiver, il ressentit une douleur aux dents de la mâchoire supérieure gauche. Cette douleur survenait par crises. Il croit ses dents malades, et au bout de quelques jours il se fait arracher toutes celles de l'arcade dentaire supérieure gauche. A ce moment, les souffrances étaient nettement localisées à l'os. L'avulsion des dents n'amena du soulagement que pendant quelques heures. Quelque temps après, la douleur gagne la lèvre supérieure. Spontanément ou à l'occasion des mouvements, M. A. était pris d'une douleur qui partait de la lèvre supérieure et de l'os maxillaire supérieur gauche puis remontait le long du nez vers l'œil et la tempe. Durée une minute environ. Ces paroxysmes revenaient toutes les 2 ou 3 minutes. Comparaisons : éclairs, brûlures, piqûres « comme si j'avais la tête pleine d'aiguilles, une machine électrique dans la tête ». L'œil gauche devenait rouge, s'injectait et était pris de larmoiement. L'œil droit larmoyait également mais ne rougissait pas. Pas de coryza, mais abondante sécrétion salivaire qu'il n'osait avaler parce que la déglutition provoquait les crises.

Dans l'intervalle des paroxysmes, le patient ne ressentait aucune souffrance. Au fur et à mesure que la maladie avançait, les crises ne s'étaient pas accrues d'intensité, et M. A... était parvenu à les calmer en pressant la partie gauche du nez avec la paume de la main, qu'il passait ensuite rapidement sur la lèvre (fait qui existe encore aujourd'hui). Il y a eu des périodes de un jour à 2 et 3 mois où le malade n'a pas du tout de crises. Mais alors, même dans ces périodes, le seul fait de toucher

la figure lui donne une secousse et de violentes fulgurations. — Jamais de douleurs dans la mâchoire inférieure ni dans la langue.

1^{re} Opération. — M. Morestin. Septembre 1900. — (Laussen-Brown). Amélioration qui dure 7 mois et engourdissement dans la sphère du maxillaire supérieur gauche. Les douleurs reprennent.

2^e Opération, faite par M. Poirier (21 octobre 1905), qui pratique la résection du sympathique cervical : aucune amélioration après l'opération. Il eut de 3, 4, 5 jusqu'à 80 et 85 crises dans la journée et 18 à 20 dans la nuit.

Huit ou quinze jours après il aurait ressenti au grand angle de l'œil droit et descendant le nez, quelques douleurs actuellement disparues.

A l'examen on ne trouve pas de points douloureux, ni osseux, ni musculaires.

OBSERVATION XXII. — (*Personnelle*). — Grande névralgie faciale arthritique (maxillaire supérieur et inférieur) des parties dures et molles, chez une tuberculeuse probablement aussi syphilitique.

Mme Y..., 67 ans, couturière, se plaint de névralgie faciale datant de 4 ans.

A. H. : Père mort, la malade ne sait de quelle affection. Mère décédée à 82 ans ; jamais malade, pas de névralgies. 4 grossesses, 2 filles, 2 garçons, pas de fausse-couche. Mme Y., est l'aînée, 2^e morte, à 20 ans, tuberculeuse ; 3^e mort à 18 mois ; 4^e mort à 3 mois.

A. P. : Pas de maladies dans l'enfance, sauf maux d'yeux, d'oreilles ; réglée à 14 ans, irrégulièrement et très peu. Premier mariage, à 19 ans, 3 grossesses, 1^{re} et 2^e, fausses-couches de 5 à 6 mois ; 3^e est né à terme, mort une heure après sa naissance, avait des boutons

aux fesses. Le premier mari a succombé à 32 ans poitrinaire, a-t-on dit, mais prétend la malade, des suites d'une maladie vénérienne. Pendant ce premier mariage elle n'a rien présenté d'anormal sauf de l'anémie et des *hémoptysies*. Malgré la défense du médecin disant qu'elle était tuberculeuse, la malade se remarie à 30 ans. — Deuxième mari très fort, bien portant, mort de pneumonie ; 6 grossesses : 1^{re}, fausse-couche de 3 mois ; 2^e, garçon né à terme, vivant et bien portant ; 3^e, fausse-couche de 3 mois ; 4^e, fausse-couche de 3 mois ; 5^e, fille née à terme, vivante et bien portante ; 6^e, fausse-couche de 3 mois. A ce moment la malade avait des plaies aux fesses que le médecin remarque et traite. Les crachements de sang continuent ; pas d'éruptions cutanées. Vers l'âge de 40-45 ans, très fortes *migraines* toutes les semaines, commençant vers 2 heures du matin, martelantes, durant jusqu'à 9 heures du matin et se terminant par des vomissements. — Chute des cheveux, chute indolore des dents par pyorrhée alvéolaire. Ménopause vers 45 ans.

Il y a 4 ans, début des névralgies.

1^{re} Crise. — Au commencement des repas pendant 3 semaines, Mme Y. éprouva des douleurs dans la région du nerf temporal, au début des mouvements de mastication. Ces douleurs rapides étaient comparables à des déchirements, à des arrachements. Les dents étaient indolores.

2^e Crise. — 3 ou 4 mois après, tous les matins (pendant quelques jours) au moment où elle se lavait elle ressentait des picotements d'aiguille dans la région temporale droite.

3^e Crise. — Il y a 2 ans et demi, brusquement, pendant son travail elle perçoit un élancement « formidable » dans la partie postérieure du maxillaire supérieur

droit. Il se renouvelle, et dure sans discontinuer jusqu'à 3 heures. Comparaisons : torsions, arrachement osseux ; pas d'irradiations. Impossibilité de s'alimenter.

Chaque fois que la malade essayait de manger les douleurs reprenaient. Durée de la crise : 3 jours.

Puis les douleurs en piqûres avec des irradiations ascendantes recommencent. Bientôt les crises durèrent toute la journée sans discontinuer. Les accès survenaient même spontanément, sans que la malade fit de mouvements. Le début était très brusque, sans prodromes ; la disparition aussi brusque ; dans les crises de longue durée irradiations dans la région sous-maxillaire gauche. Au moment de ces paroxysmes, la malade se livre à des contorsions dues à la douleur, elle appuie sur l'os maxillaire droit, la paume de la main sur la joue et ouvre la bouche. — Jamais de douleurs oculaires, ni dans les dents antérieures. A eu longtemps des élancements dans la lèvre supérieure dont le simple frôlement faisait réapparaître les douleurs. De même, douleurs nasales. Quand elle se mouchait, reprise des accès. Dans les très grandes crises, l'auriculo temporal était envahi. Dans les petites, Mme Y. avait simplement une douleur au bord postérieur de l'os malaire. Elle a continuellement des démangeaisons aux parties malades. Dans les fortes crises écoulement lacrymal ; par le nez, écoulement séreux et muqueux clair ; par la commissure labiale droite, issue de salive. Va en novembre dernier, à Beaujon, Service de M. Debove, 70 piqûres Hg, pas d'amélioration.

Pas de troubles nets de sensibilité objective. La mâchoire inférieure n'a plus de dents. A la mâchoire supérieure, 7 dents restent et paraissent saines ; manquent les prémolaires et molaires droites, l'incisive médiane, les petites molaires et la 3^e molaire gauche.

Sensibilité de la muqueuse buccale, normale, sauf

très légère hyperesthésie à droite ; narine droite légèrement hyperesthésiée au toucher qui détermine des lancées dans l'os malaire. L'examen général ne révèle à part quelques lésions pulmonaires, rien de net. Réflexes normaux, pas de trépidation épileptoïde.

Remarque. — Cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Malgré l'existence de la tubercule, la syphilis antérieure à peu près certaine, la névralgie de cette malade nous paraît être exclusivement d'origine arthritique.

II. — GRANDE NÉVRALGIE FACIALE DES NEURO-ARTHRITIQUES

Outre un fond de nervosisme héréditaire ou acquis, on retrouve encore la migraine. Dans ces formes, la douleur peut être très limitée au début. D'autres fois, on observe des accès douloureux, des deux côtés de la face, qui finissent par se localiser à une seule, puis à une ou deux branches. Les douleurs suivent plutôt le trajet des rameaux d'anastomose qu'elles ne parcourent le tronc nerveux. Les irradiations sont plus fréquentes et plus étendues que dans la variété précédente. Ce sont surtout des névralgies mixtes, où parties dures et molles sont envahies. Il n'est pas rare d'observer le début osseux avec invasion ultérieure des autres tissus.

OBSERVATION XXIII. — (*Personnelle*). — Grande névralgie neuro-arthritique du maxillaire supérieur droit (variété mixte).

Madame X..., 58 ans. Souffre de tic douloureux du maxillaire supérieur droit depuis 1891.

A. P. : Née à terme. A eu quelques maladies d'enfance, mais depuis excellente santé, réglée.

De 12 à 20 ans, violents maux de tête avec épistaxis; de 20 à 28 ans, 2 grossesses. Pendant son premier allaitement, mouvements nerveux dans les épaules, le cou, les bras, revenant à heure fixe, indolores, durant de 15 à 20 minutes. Sensations d'angoisse matinale. Tous ces phénomènes reviennent encore de temps à autre.

De 30 à 40 ans, *migraines* localisées à l'hémicrane gauche revenant plusieurs fois par semaine, sans vomissements, durant de 12 à 24 heures, moins fréquentes, moins intenses depuis l'apparition du tic douloureux.

En 1891, une nuit, Mme X... ressent pour la première fois des « petites douleurs agaçantes » au-dessus de la première molaire supérieure droite. Magitot arrache la dent qui est saine, lime une adhérence de la racine, réimplante immédiatement l'organe. Au moment où il refoule la dent dans son ancienne cavité, Mme X. éprouve une douleur violente et intolérable qui ne se calme pas. Au bout d'un mois, elle se fait enlever à nouveau la dent, et devant la persistance des douleurs, Magitot diagnostique un tic douloureux de la face. Le docteur Jarre pratique des cautérisations de la gencive sans résultat. On essaie d'autres traitements (hydrothérapie, puis avulsion des dents voisines, électricité, pulvérisations au chlorure de méthyle, cautérisation du maxillaire supérieur).

Cette première crise avait duré plus de 8 mois. — Voici les caractères de la douleur tels que les décrit la malade elle-même : « Depuis la réimplantation de ma dent, ma douleur a pris un caractère très spécial. Le point de départ est toujours resté dans l'os en haut de la racine ; de là elle rayonnait alternativement vers le crâne, le nez, l'oreille et la mâchoire inférieure, jamais

du côté de l'œil. Au début elle ressemblait à des rages de dents plus aiguës et plus étendues que la rage de dents ordinaire, mais bientôt l'*intermittence* se caractérisait nettement. Des fusées douloureuses rayonnaient dans tous les sens sur le parcours du trijumeau, sauf l'œil ; par moment, les répit ne duraient que quelques secondes. C'est ainsi que j'ai pu me figurer un feu d'artifice complet dans la tête, dont je croyais même entendre le bruit. Les fusées trop rapides qui montaient jusqu'au crâne occasionnaient parfois des secousses involontaires dans toute ma personne, et des absences très pénibles suivies d'angoisse. D'autres fois la douleur se répandait sur tout le côté droit de la figure ou bien je sentais comme une corde tendue qui vibrerait douloureusement entre les mâchoires supérieure et inférieure. Pendant des mois le plus léger attouchement de toute la moitié droite de la tête provoquait ou augmentait les crises. Le vent dans les cheveux, un voile sur la figure étaient également intolérables... Pendant bien des jours je ne pouvais ni desserrer les dents ni avaler ma salive, bien moins encore me moucher, tousser, etc... Quelquefois... j'avais la sensation de coups de bistouris... D'autrefois une vrille s'enfonçait dans les chairs vives et traversait l'os... Pendant cette longue période de souffrances, je ne crois pas être restée plus d'une demi-heure au repos. La nuit j'avais quelquefois deux heures de calme ; par contre j'ai eu plusieurs crises prolongées notamment une de quatre heures consécutives sans répit, qui était tout à fait de nature à porter au suicide. » Les crises et les migraines coexistaient parfois bien distinctes, l'hémicranie à gauche, la névralgie du côté droit. Jamais les douleurs n'ont été influencées ni par la température, ni par les sensations, ni par les émotions. Après cette première crise, répit de 8 mois jusqu'en mars 1893.

Seconde crise : de mars 1893 à 1894.

Mêmes douleurs, mais plus limitées ; même point de départ mais irradiations moins étendues. Elle dure 6 mois pendant lesquels la malade voit 16 médecins qui donnent tous des traitements différents. Seuls Erb et Bénédicte conseillent un traitement chirurgical qui n'est pas accepté par la patiente. La 2^e crise est suivie d'un répit complet de 10 mois.

Troisième crise : de 1895-1896.

L'électrisation d'après la méthode de M. Bergonié est tentée et doit être arrêtée, la malade ne la supportant pas.

Quatrième crise : février-novembre 1897.

Pendant laquelle l'hypnotisme est essayé sans succès. Répit de 4 mois.

Cinquième crise : février-septembre 1898.

Apparition brusque de crises plus violentes, plus fréquentes. On essaie à nouveau mais en vain les courants de haute fréquence. Dans cette crise la malade eut ce qu'elle appelle la *sensation de la double figure* : « Une sensation bizarre, mais non douloureuse qui existe même quelquefois pendant les accalmies est la double figure, plutôt les deux demi-figures. Cette sensation est plus difficile à décrire qu'une douleur. Tandis que le côté gauche de la face appartient au reste de ma personne, la demi-figure de droite est comme greffée sur le même cou mais ne m'appartient pas. »

Sixième crise : juin 1899-novembre 1902.

Apparaît à la suite de l'incision d'un abcès du lobe droit de l'oreille suivi d'érysipèle, moyenne journalière de 15 à 25 crises. La sédation des douleurs en novembre 1902 avait coïncidé avec l'apparition d'un eczéma suintant de l'oreille droite.

Septième crise : 1903.

Huitième crise : décembre 1903, février 1904.

Depuis 1904, crises ininterrompues, la malade est dans un état de surexcitation nerveuse extraordinaire. « Ma sensibilité, mon impressionnabilité et l'intensité dans mes sensations qu'on pourrait parfois surnommer susceptibilité et sensiblerie sont certainement aiguës par les longues souffrances et les grands efforts à les surmonter sans les laisser paraître ». Mme X. n'a jamais eu de secousses épileptiformes. Pas de points douloureux.

OBSERVATION XXIV. — (*Personnelle*). — Grande névralgie neuro-arthritique des trois branches du trijumeau.

Mademoiselle P., 62 ans, couturière.

Cette malade souffre depuis 25 ans.

A. H. : Père mort à 86 ans, jamais malade, mais aurait eu très souvent des *névralgies*. Edenté à 53 ans. Mère morte à 73 ans. Ils eurent 10 enfants qui ont tous vécu ; 4 restent. Mlle P... ne peut préciser de quoi sont morts ses 6 frères et sœurs, mais aucun, à son dire n'était atteint de névralgie faciale. Elle est la plus jeune.

A. P. : Née à terme dans de bonnes conditions ; élevée au biberon ; pas de convulsions. Toujours malade jusqu'à 8 ans : à 4 ans fluxion de poitrine ? à 5 ans fièvre cérébrale ?? Réglée à 14 ans régulièrement ; pas d'enfants. Ménopause vers 45 ans, sans accidents.]

La malade dit avoir toujours été de complexion très délicate. Sujette aux *migraines*. Il y a cinq ans, a eu des *coliques néphrétiques* qui ont récidivées depuis. *Jamais n'a eu une bonne dentition* ; en a toujours souffert. A l'âge de 25 à 30 ans, les dents inférieures se sont déchaussées et sont tombées par rétraction de l'alvéole. Les dents supérieures ont été arrachées au moment où la malade souffrait, mais elles étaient peu solides et on a eu peu de peine à les enlever. En somme

elle prétend avoir *toujours souffert des dents*, mais rarement a eu des fluxions.

Depuis 25 ans environ Mlle P... a des névralgies très violentes dans le côté gauche de la face. Les douleurs auraient débuté par les dents supérieures gauches; les parties molles étaient sensibles, mais à peine; elles ne furent très sérieusement envahies que 10 ans après. Le côté droit souffre quelquefois, mais très rarement et toujours consécutivement, la douleur passe à gauche. Les névralgies ont invariablement eu le même caractère et ne se sont pas modifiées sinon dans leur intensité qui s'est accrue. Surviennent surtout le jour, quelquefois la nuit. *Prodromes*: sensation de constriction, de crispation dans les régions sous-orbitaire et mentonnière. La souffrance survient insidieusement et progressivement. Les douleurs surviennent par *accès* durant de 8 à 15 jours, jusqu'à 1 mois et se répétant continuellement. La malade souffre tantôt de douleurs continues sans accès aux régions massétérine, oculaire et sourcilière, pendant 4-8 jours. Tantôt elle éprouve des douleurs *paroxystiques*: début, souvent par la région massétérine, quelquefois par le globe oculaire, puis généralisation à tout le côté gauche. Si le début est massétérin, la sphère du trijumeau supérieur (1 et 26) souffre moins. Si le début se fait par le globe oculaire, la région du trijumeau inférieur (3^e6) est moins douloureuse. Il y a des *irradiations* dans l'oreille (conque).

Les crises sont presque subsistantes. Actuellement *secousses musculaires* dans tout le côté gauche. La malade se tient la tête à deux mains; jamais d'écoulement de larmes; sensation de sécheresse nasale très gênante; *grosse salivation* qui s'écoule au dehors et que la malade ne peut avaler, parce qu'elle ne peut en avoir, sa langue qui est douloureuse, empâtée; pas de troubles trophiques. Impossibilité de manger, de parler. La

bouche est complètement édentée ; seules restent des racines de canine.

Un point douloureux dans les parties molles environnant le malaire ; il n'existe que depuis quelque temps au dire de la malade.

OBSERVATION XXV. — (*Personnelle*). — Grande névralgie neuro-arthritique de la 3^e branche du trijumeau droit.

Madame D..., 29 ans, souffre depuis 3 ans et demi (1902) dans le côté droit de la face.

A. H. : Père bien portant ; mère très sujette aux *névralgies* qu'elle ressentait du côté gauche de la face, dans l'œil, quelquefois dans la tête. — L'avulsion de dents ne l'a pas calmée. — Les crises auraient duré pendant une trentaine d'années. Les douleurs siégeaient surtout dans l'œil et dans le nez, mais n'entravaient ni la parole, ni l'alimentation. — 2 grossesses : 2 filles ; la malade est l'aînée.

A. P. : Née à terme, dans de bonnes conditions, élevée au sein. A un an méningite ?? Sans doute au moment où elle fit ses premières dents dont l'éruption fut, a-t-on dit à la malade, très difficile et fort douloureuse ; marche à 15 mois. Coqueluche. Déjà étant tout enfant *avait des migraines* caractérisées par des céphalées et des vomissements. Réglée à 13 ans, irrégulièrement d'abord. Quand la menstruation se fut régularisée, les migraines s'espacèrent et devinrent très rares. Pas de grossesse, mari bien portant. Cette année, raconte-t-elle aurait eu des céphalées avec état nauséux et craignit la récurrence de ses migraines. *Pas de crises de nerfs*, quoique assez *émotive*. Le 20 Juillet 1902, le soir, ressentit une petite douleur dans la gencive inférieure droite. Cette douleur continua un jour ou deux très supportable. Mais bientôt la malade souffrit en causant et même la nuit elle ne

pouvait dormir. De la gencive, les *lancées remontaient* irradiant jusqu'à l'oreille. Revenaient par *crises* très fréquentes; comparaison: mélange de piqûres et de picotements; par moments, salivation. Un médecin la voit et lui donne des cachets sans succès. Jamais de mouvements convulsifs, mais au moment des douleurs machonne et se mord les lèvres.

Le 1^{er} octobre 1902, après 2 mois de souffrance, elle vient au service électrothérapique de la Salpêtrière (M. Zimmern). On la soumet au traitement électrique: courants continus et douches. Le premier jour elle dort bien, ce qui ne lui était pas arrivé depuis longtemps. Les souffrances d'abord s'amendèrent, mais cette amélioration ne persista pas. Au bout d'un an elle s'aperçut qu'elle avait à la *partie postérieure de la région temporale gauche* tout près du vertex une plaque de *pelade* grande comme une pièce de 2 francs. On lui conseille de se faire arracher les dents; on lui en arrache quatre et on soigne les autres. En même temps on lui faisait des applications médicamenteuses. Disparition de la pelade en quelques mois. A ce moment ne souffrait pas beaucoup de sa névralgie; venait toujours de temps en temps à l'électricité; on la soumet alors à la douche. Elle a eu des périodes où elle n'a pas souffert, mais qui n'ont duré jamais plus d'un mois.

En 1905, au mois d'avril, les douleurs deviennent plus fortes et plus vives: ne pouvait ni manger ni causer. Elles envahissent alors la *langue* (surtout la moitié droite), la voûte palatine, le pharynx. Les émotions ne paraissent pas les calmer, mais pourtant quand elle se trouve en présence d'un médecin, elle dit moins souffrir.

Pas de points de Valleix; pas d'anesthésies hystériques; réflexes rotuliens très forts.

OBSERVATION XXVI. — (*Personnelle*). — Grande névralgie faciale neuro-arthritique du maxillaire supérieur droit avec irradiations à la 3^e branche du trijumeau.

Madame M. ., 47 ans, se plaint depuis quatre ans de crises douloureuses dans la région droite de la face.

A. H. : Père mort de maladie de foie (cirrhose) *éthérique*, très *migraineuse*, saignait facilement du nez. Mère bien portante, bronchite. Elle a eu 13 grossesses, dont 2 fausses-couches. 1^{re}, c'est la malade ; 2^e, fille, morte vers 7 ans 1/2 de méningite ; 3^e, fille, bien portante, migraineuse ; 4^e, garçon, mort à 7 ans de méningite ; 5^e, fille morte à 12 ans ?? ; 6^e, garçon, mort en nourrice, de convulsions ; 7^e, fille, morte en nourrice ; 8^e, fille, morte à 14 ans au moment de l'apparition de ses règles, hydropique ? ; 9^e, fille, morte ; la malade ne peut dire de quelle maladie ; 10^e, fausse-couche de 3 mois ; 11^e, fausse-couche de 1 mois 1/2 ; 12^e et 13^e, filles mortes en nourrice.

A. P. : Née à terme, dans de bonnes conditions. Elle est la seule qui ait été élevée au sein ; a marché et parlé de bonne heure. Pas d'accidents de première dentition, pas de maladie d'enfance. Régliée à 11 ans 1/2, très régulièrement.

Depuis la période de sa formation, est sujette à des *migraines mensuelles*, avançant toujours de 5 à 6 jours sur les règles ; rarement frontales, souvent pariétales, tantôt à droite, tantôt à gauche sans irradiations ; vomissements bilieux, durée, 12 à 15 heures, puis elle frissonne, s'endort et le lendemain va bien. En 1902-1903, elle n'en a pas souffert. *Depuis qu'elle a la névralgie faciale, les migraines reviennent* toujours du côté opposé à la névralgie faciale. Avoue des excès éthériques ; depuis 7 à 8 ans, a bu jusqu'à 8 absinthes par jour, sans compter les cafés, pousse-café, kirsch, ar-

quebuse. Ne boit plus maintenant. *A fumé*, depuis l'âge de 13 ans, environ 20 cigarettes par jour ; elle avalait la fumée ; depuis quatre ans ne fume plus, s'est bien déshabituée du tabac. Rêve la nuit, assiste à des batailles, saute dans des trous, court après quelqu'un ou est poursuivie ; rêve qu'elle mange et alors se réveille avec une crise.

Rhumatisme articulaire à 19 ans qui aurait duré 1 an. Mariée à 22 ans. *Ni enfants, ni fausses-couches. A peu souffert des dents.* A 30 ans, *fièvre typhoïde* avec complications cardiaques et gingivales ??

Il y a 4 ans, va en Algérie, à Biskra. 15 jours après, le soir, est prise de frissons, de sueurs, de douleurs à l'estomac et à la tête, de vomissements bilieux qui durent une nuit. (Impaludisme). Pas d'ictère. *2 ou 3 jours après, douleurs dans la région droite* de la face, qui, parties de la région sous-orbitaire, remontent en contourant en dehors l'orbite de ce même côté. Quelques jours après, on constate une *gingivo-stomatite* qui dura, au dire de la malade, 2 ans. (Dans les périodes les plus aiguës, Mme M. . . était obligée de rester au lit). Cette stomatite ne serait guérie que depuis 2 ou 3 mois.

Au début, les douleurs névralgiques ne revenaient que toutes les demi-heures, les intervalles étant indolores ; puis toutes les 5 minutes et empêchaient la malade de dormir la nuit. Les crises survenaient à l'occasion des *mouvements* de la bouche non seulement totaux, mais partiels. Les douleurs remontaient du tronc sous-orbitaire droit à la tempe. Elles étaient si violentes que Mme M. . . se trouvait forcée de contracter sa figure et d'ouvrir la bouche grande.

Dans les crises très fortes les souffrances irradiaient dans le maxillaire inférieur droit. Il arrivait même parfois, que les douleurs débutaient au niveau du tronc mentonnier pour remonter en sens inverse. Quelquefois aussi douleurs contusives dans le globe oculaire. Com-

paraisons : sensations de tiraillement comme si on « tirait les nerfs avec des cordes ». La sédation des douleurs était progressive comme leur apparition et la région maxillaire inférieure devenait la première indolente. Ces crises durent un an, jusqu'en 1902, qui fut une année complètement indolore. En 1903, les phénomènes de gingivite reprennent, les douleurs également, aussi fortes et avec les mêmes caractères qu'auparavant. Depuis ce temps, elle ne serait restée que quinze jours sans souffrir. En général, dort la nuit.

Actuellement, Mme M... souffre surtout dans la sphère des maxillaires supérieur et inférieur. Quand elle se touche la lèvre inférieure droite, elle éprouve des douleurs dans la tempe. Au moment des crises aurait des irradiations à la région sus-hyoïdienne droite et des sensations de brûlure dans la gorge. Durant les crises, la bouche serait plutôt sèche ; mais à peine le paroxysme passé, elle salive, et quand elle veut avaler, les crises reprennent. A la pression, douleur *massétérine* excessivement vive, douleur *mentonnière* ; rien à la région sous-orbitaire ; la bouche présente des traces de stomatite ancienne ; bonne dentition. — A la mâchoire supérieure, manquent les secondes prémolaires et la première molaire droite. En bas, manquent seulement la première et la troisième molaire gauche.

L'exploration de la voûte palatine suffit à rappeler les crises. — Réflexes rotuliens diminués.

OBSERVATION XXVII. — (*Personnelle*). — Grande névralgie neuro-arthritique du nerf maxillaire supérieur droit.

Madame Vve D..., 59 ans. Depuis 5 ans se plaint de douleurs dans la face.

A. H. : Père mort à 30 ans ? Mère morte d'un cancer,

à 63 ans ? grossesses : 2 enfants, 2 fausses-couches ; personne dans la famille n'a eu de névralgies.

A. P. : Née à terme dans de bonnes conditions, élevée au sein ; étant enfant, souffrait toujours de l'estomac, rougeole. Réglée à 15 ans, régulièrement, jamais de crises de nerfs. 6 grossesses, 4 enfants vivants ; pas de douleurs 2, morts à 3 mois. Les vivants sont : 1^{re}, fille aînée, épileptique ; 2^e, fille, de complexion faible ; 3^e, garçon ; 4^e, garçon. Depuis sa plus tendre enfance, elle était sujette aux *migraines* : céphalée et vomissements, troubles de la vue, était obligée de rester au lit. Ces migraines ont cessé depuis la ménopause. Les crises de migraines s'accompagnaient de besoin intense de sommeil, et, tant que la malade ne l'avait pas satisfait, les douleurs persistaient. Depuis 3 semaines (septembre 1903) les migraines sont revenues.

Ménopause à 45 ans. Jamais d'impaludisme, nie l'éthylisme. N'a jamais souffert des dents sauf de la canine supérieure gauche, qui s'était cariée. Excellente dentition.

Il y a cinq ans, subitement la malade a senti « *une grosseur le long des gencives supérieure et inférieure du côté droit* », en même temps que de fortes douleurs dans la *région du naso-lobaire un peu au-dessus de l'aile droite du nez, dans la région mentonnière, et sur la dent canine supérieure droite*. Ces douleurs revenaient par crises, d'abord 2 ou 3 fois par jour, puis plus souvent. Ces douleurs se reproduisent sitôt que la malade ouvrait la bouche pour manger et pour boire, souvent quand elle se mouchait. Dans l'intervalle des crises la malade pouvait se toucher et ne sentait rien. Les douleurs ont augmenté d'intensité. Au dire de Mme D..., ses yeux larmoient tout le temps, même en dehors des élancements, mais la sécrétion est

plus abondante du côté droit au moment des accès. De temps en temps, quand les crises étaient à leur paroxysme, elle avait *des secousses* dans la région de l'orbiculaire des paupières, de l'élévateur de l'aile du nez. Depuis 3 semaines ces spasmes sont presque continuels. Dans les paroxysmes la malade tient sa tête comme si on allait la lui arracher. Elle compare ses douleurs à des coups de marteau. Les douleurs actuelles siègent dans le domaine du nerf maxillaire supérieur droit et s'irradient aux régions oculaire, malaire, temporale, auriculaire du même côté. Le froid surtout et le chaud les exagèrent. Elle a vu des médecins qui lui ont donné des médicaments, et des dentistes ont trouvé ses dents saines. La dentition de la mâchoire supérieure excellente et particulièrement impeccable du côté malade.

Il existe quelques caries du côté sain ; manque aussi la canine supérieure gauche. Les dents de la mâchoire inférieure sont saines. Pendant une crise, nous avons vu, au pourtour du trou sous-orbitaire, une large plaque douloureuse du volume d'une pièce de deux francs. Dans l'intervalle, le point n'est pas douloureux, l'exploration de la muqueuse buccale ne détermine pas de souffrance. La malade a en outre une légère diminution de la sensibilité cornéenne ; la piqure est ressentie vivement à droite ; les réflexes examinés pendant une crise se sont montrés très exagérés.

III. — GRANDE NÉVRALGIE FACIALE DES NERVEUX.

Là on ne décèle pas de migraine, pas de stigmates d'arthritisme. Les névralgies sont surtout localisées aux parties molles, rarement mixtes. Les douleurs

sont moins nettement limitées, partant plus irradiées.

a) *Néuralgie des parties molles.*

Cette forme pure ne se retrouve que dans la grande néuralgie faciale des nerveux, de même que la variété osseuse pure ne se rencontre que dans les grandes néuralgies des arthritiques.

OBSERVATION XXVIII (*Personnelle*). — Grande néuralgie faciale des parties molles chez une nerveuse.

Madame N. . . , 77 ans, souffre depuis 8 ans dans le nerf maxillaire supérieur droit.

A. H. : Père mort à 85 ans d'une maladie de vessie, mère morte, jamais de néuralgies ni de migraines. Il y eut 9 enfants, 2 restent : elle et un frère qui a eu des *néuralgies sus-orbitaires*.

A. P. : Née à terme. Ne se rappelle pas avoir été malade dans l'enfance. Réglée à 12 ou 13 ans, régulièrement *jamais de migraines* ni de maux de tête. A toujours eu de mauvaises dents, fut obligé de s'en faire arracher. A 50 ans était édentée. Elle a 2 filles bien portantes ; pas de fausse-couche. A 40 ans sciatique qui dure 3 mois ; ménopause à 41 ans, sans accidents et sans grandes souffrances.

Aurait eu à l'âge de 50 ans une attaque de coliques néphrétiques ??? qui ne s'est pas renouvelée.

La néuralgie a débuté à l'âge de 69 ans. (*La malade n'avait plus de dents depuis près de 19 ans.*)

Un jour, sans émotion prémonitoire, elle fut prise en se peignant à la *lèvre supérieure droite* d'une douleur qui remonta bientôt vers l'aile droite du nez et la région sus-orbitaire. Ces élancements, qui eurent toujours dans la suite les mêmes caractères comme intensité, sont

comparés par la malade à des fers rouges. Les crises de douleurs, au début, ne revenaient que tous les 2 ou 3 mois. Elles duraient généralement 3 semaines à 1 mois, et disparaissaient progressivement. Les crises étaient subintrantes surtout la nuit. Ne peut parler au cours de ces paroxysmes. Quand elle veut manger elle ressent des douleurs très fortes au début de la mastication, et au bout de quelques bouchées, la douleur disparaît de sorte que la malade peut achever assez tranquillement son repas. Pour rappeler un accès il suffit d'un petit mouvement, d'un effort, du seul fait d'élever la voix, se baisser, marcher vite, se moucher un peu fort. La malade n'a pas la douleur sourde, profonde, continue, signalée par les classiques dans l'intervalle des crises. Au début elle ne pouvait absolument pas se toucher la figure sans provoquer des accès. Actuellement elle fait sa toilette sans trop souffrir. Jamais de douleurs dans les gencives, ni dans les os de la face: *jamais de secousses épileptiformes* dans les régions malades. Quelquefois la figure est « légèrement enflée »; la joue est chaude, rouge, ardente; quelquefois l'œil droit s'injecte et devient rouge, sans larmolement; l'iris droit est très vascularisé; pas de salivation. Madame N... n'a jamais présenté d'irradiations douloureuses dans les autres branches du trijumeau. A la pression *pas de points douloureux de Valleix*.

b) Névralgies mixtes.

En voici deux observations intéressantes.

OBSERVATION XXIX. — (*Personnelle*). — Grande névralgie des 2^e et 3^e branches du trijumeau droit.

Le nommé N..., 37 ans, employé d'octroi, souffre de névralgie faciale depuis 1891.

A. H. : Père mort à 76 ans. Mère morte à 67 ans; ni névralgies, ni migraines; 6 enfants, 4 vivants, 2 morts en bas âge; 1^{er} et 2^e, morts; 3^e fille, bien portante mais migraineuse, 4^e et 5^e garçons, en bonne santé.

A. P. : Né à terme dans de bonnes conditions. Aucune maladie avant 10 ou 11 ans. A cette époque a eu des « attaques de nerfs ». Les phénomènes débutèrent par des mouvements de tête indolores qui paraissent avoir été du tic de Salaam. Au bout de quelques mois, il fut pris brusquement, sans cause prémonitoire, de mouvements cloniques du bras gauche revenant en moyenne une fois par jour, à n'importe quel moment de la journée, et durant un quart d'heure. Pendant la crise, sensation d'endolorissement du membre. Jamais ni perte de connaissance, ni morsure de la langue, ni incontinence d'urine. L'apparition de ces crises n'était pas en rapport avec une émotion. Au bout de quelques mois, les paroxysmes changent de caractère. Presque tous les jours, durant un quart d'heure, contractions toniques : les doigts de la main gauche se crispaient, l'avant-bras se fléchissait sur le bras, puis se mettait en extension et ainsi de suite. A cette troisième phase, après chaque crise, le bras gauche était tout à fait paralysé, comme « mort ».

Cette parésie durait environ 20 minutes. Quelques mois se passèrent et une quatrième période survient, toujours brusquement. Le jeune N... éprouvait « une sensation de paralysie du côté gauche ». Tout le côté, sauf la figure qui ne fut jamais touchée, était flasque. Le malade tombait à terre et n'avait pas la volonté de se relever. Pourtant, il n'a jamais perdu connaissance, et la volition revenant au bout de dix minutes, il se redressait de lui-même. Le médecin lui donna autant, qu'il s'en souvienne, du bromure qui l'améliora. En tout cas, tous ces phénomènes durèrent un an et ne sont jamais revenus. Il est

bien vraisemblable que ce furent là des équivalents épileptiques et que la 3^e phase fut de l'épilepsie jacksonienne. Vers 14 ans, fluxion de poitrine. Nie l'éthylisme, la syphilis; pas d'impaludisme. Pas de maux de dents avant sa névralgie. Jamais de migraines. A toujours été très nerveux, assez émotif, tremblant quand il écrit.

En 1890, part au service militaire à Toul. Un an après, un jour qu'il ouvrait la bouche pour manger, il ressentit des *élancements* terribles dans la joue droite, partant du menton, de la moitié droite de la langue, des gencives inférieures, du nez et remontant jusque dans la région pariéto-temporale droite. Cette crise spontanée pour ainsi dire, dura 10 minutes. Mais les élancements se reproduisirent toutes les fois qu'il ouvrait la bouche ou faisait le moindre mouvement de la tête, ou de la mâchoire. Durée totale du paroxysme : environ une heure.

Pendant tout ce temps, il se comprimait de la main droite la figure et poussait des cris. Ni épiphora, ni rhinorrhée, ni salivation. Il n'en a, du reste, jamais présenté par la suite. Après la terrible souffrance qu'il avait endurée, il fut pris d'une crise de larmes, qui se répétait après chaque accès névralgique. Cette première période dura 6 mois. Il avait toute la journée des « lancées en éclair » qui suivant le trajet indiqué, étaient reliées par une sensation douloureuse bizarre « pas ordinaire », dit le malade, assez analogue à une meurtrissure, « comme si j'avais eu la joue serrée par les dents d'un chien et que la joue fut restée morte tout en étant douloureuse ». Environ une fois, par jour il avait également des grandes crises où la douleur présentait les caractères d'une brûlure au fer rouge. Cette grande crise durait 5 minutes. La crise débutait progressivement, les « lancées » devenaient plus fortes et une sorte d'appréhension indiquait au malade qu'elle allait survenir. Elle se produisait également à l'occasion de quelques mouvements. Il sem-

ble donc que le malade ait présenté: 1° une ou deux grandes crises journalières; 2° des petites crises subintrantes; 3° une sensation d'engourdissement douloureux de la région massétérine. Jamais, au dire du patient, les dents n'ont été sensibles; pourtant il se fit arracher celles de la mâchoire supérieure qui étaient cariées. — Jamais de secousses épileptiformes.

De 1891 à 1893, ne ressent rien. Il put se croire totalement guéri.

En 1893. Dans le maxillaire inférieur et la joue droite, il éprouve, sans crises, sans lancées, les phénomènes d'engourdissement douloureux signalés précédemment. Ils durent nuit et jour sans entraver le sommeil ni l'alimentation, durée 4 ou 5 mois.

De 1893 à 1898. Rien.

En 1898. Réapparition de l'engourdissement douloureux pendant 3 ou 4 mois,

En 1900, après une sédation de 9 ans, les crises réapparaissent avec les mêmes caractères qu'en 1891. N... avait d'abord tous les 4 ou 5 jours, puis eut tous les jours, un grand élancement isolé et unique, qui durait « le temps d'un éclair ». Dans l'intervalle, rien. Cette lancée revenait sans qu'il y pensât, et il n'en ressentait pas d'appréhension prémonitoire. Bientôt les élancements revinrent 2 fois, 3 fois, 4 fois par jour, jusqu'à devenir presque continuels. N'avait pas la sensation de meurtrissure. Entraves à l'alimentation, au sommeil; grand dépérissement.

Vient à la Salpêtrière, où M. Bouglé lui arrache le nerf sous-orbitaire droit, puis le nerf mentonnier et le nerf maxillaire inférieur par voie buccale dans la région ptérygoidienne. Quand il se réveille, souffrait tout autant. Au bout de 8 ou 15 jours les crises disparaissent progressivement; mais il présentait des clignotements de la paupière inférieure droite persistant encore

aujourd'hui, dont le malade ne se rend pas compte, mais qui ne surviennent que lorsqu'il est ému. Quelquefois mouvement du muscle frontal. Reste 6 mois sans souffrir.

En 1901, reprises de « lancées » d'abord uniques, puis, 2, 3 fois par jour. Puis, crises comme autrefois et les 3 éléments des douleurs reparaissent avec grandes crises, petites crises, engourdissements douloureux. M. Delaunay tente la même opération que M. Bouglé, au même endroit. Pas d'accalmie. Les douleurs persistent toujours au maxillaire supérieur et aux gencives inférieures du côté droit. En octobre va voir M. Gérard Marchant qui essaie, le 23 décembre 1901, l'extirpation du ganglion de Gasser du côté droit. (Voir Société de chirurgie, 12 février 1902), malgré la cachexie dans laquelle se trouvait le malade. Après cette opération, surdité totale de l'oreille droite, mais les crises grandes et petites cessent complètement, l'engourdissement douloureux diminue, dit le malade de 90 0/0 : c'était dans la gencive inférieure droite et la moitié de la langue une sensation pénible de glaçon avec meurtrissure. Cette petite douleur qui est « comme une appréhension » a duré continuellement depuis ce temps. Sensations de chatouillement, de démangeaison dans le trijumeau, non anesthésie. En 1903, les élancements partant du menton ont reparu, revenant tous les 2 ou 3 jours, beaucoup moins violents et se reproduisant principalement quand il mange, quelquefois quand il parle.

Etat actuel. — Le malade présente un tic convulsif à secousses fréquentes dans le domaine du facial supérieur surtout dans la région de la cicatrice sous-orbitaire (paupière inférieure). Cicatrice à concavité supérieure dans région sous-orbitaire, cicatrice mentonnière droite. Cicatrice de l'intervention sur le Gasser dans la région sus-zygmatique, le zygoma paraissant complètement ressoudé.

A la mâchoire supérieure restent les 2 incisives médianes, l'incisive latérale et la canine gauche, la 2^e prémoilaire et la dent de sagesse du même côté. A la mâchoire inférieure toutes les dents demeurent saines sauf la 3^e molaire gauche qui manque. Il n'ose se nettoyer le côté droit, qui est enduit de tartre, et atteint de gingivite tartinée et hémorrhagique. Un point douloureux le long du rebord gingival inférieur droit ; un autre au fond de l'arcade alvéolaire supérieure droite. Pas de troubles de la sensibilité dans le domaine du trijumeau. Les 2 pupilles réagissent. Réaction de la pupille droite à la douleur plus vive. Oûie abolie à droite. Odorat et goût normaux. Réflexes tendineux un peu forts.

Remarques : en somme, *névralgies de la 2^e et 3^e branche du trijumeau droit chez un ancien comitial.*

Les crises paroxystiques sont des plus nettes et forment le fond du tableau clinique, mais à elles, s'est surajouté, par périodes, un élément de douleur continue que nous n'avions observé encore chez aucun de nos malades. Le fait est intéressant à noter. Il démontre une fois de plus, qu'en clinique on ne saurait établir de cadres bien séparés, que tout s'enchaîne, et qu'entre tous les états pathologiques, il existe des transitions.

OBSERVATION XXX. — (*Personnelle*). — Grande névralgie de la 3^e branche du trijumeau droit.

Mademoiselle R..., 18 ans, souffre dans la moitié droite de la face depuis 2 ans 1/2.

A. H. : Père bien portant, 51 ans, dyspeptique, très sujet aux *migraines*. Mère bien portante, jamais malade, pas de passé nerveux ; 6 enfants, tous vivants et bien portants. La jeune malade est la 4^e.

A. P. : Née à terme dans de bonnes conditions, éle-

vée d'abord au sein, puis au biberon. Pas d'accidents de première dentition, pas de convulsions. Une rougeole très bénigne fut sa seule maladie d'enfance. Les parents avaient remarqué qu'elle était plus *impressionnable* que ses frères et sœurs. Régée à 14 ans irrégulièrement, pas d'impaludisme; la 2^e dentition s'est passée sans accidents, jamais de crises nerveuses.

Histoire de la maladie. — Un soir, vers 7 heures, traversant la place St-Augustin, elle se suspendit tout-à-coup au bras de son père en poussant un cri et faillit tomber.

Elle venait de ressentir une *douleur* excessivement violente dans la *région mentonnière* et dans la *région sous-orbitaire droite*. Durée de l'accès : une minute; puis répit de quelques minutes, et plusieurs nouvelles crises réapparaissent. Depuis les accès sont revenus par intervalles avec pauses de 15 jours, 1 mois. Leur maximum de durée est de une minute. A cette période, les dents du maxillaire inférieur étaient douloureuses, et la malade va trouver un dentiste qui arrache la première molaire inférieure droite, et en obture plusieurs. Les douleurs continuant, elle se fait arracher une racine de première prémolaire supérieure droite à l'extrémité de laquelle on trouve un kyste radiculaire qu'on déclara cause des névralgies. Malgré cette avulsion, les crises n'ont pas été calmées. L'intervalle qui les sépare est de 5 à 10 minutes, et durant cet intervalle, la malade ne souffre pas. Exaspérés par la chaleur du lit, les paroxysmes au fur et à mesure que la maladie avançait, devenaient plus fréquents et plus violents. Ils ont toujours eu le caractère de coups de fouet. Il a existé des irradiations dans la région préauriculaire.

Les douleurs *siégeaient* au début dans les maxillaires inférieur et supérieur. Depuis 3 ou 4 mois apparut de

la névralgie *ophtalmique* ; depuis un mois, douleurs dans la région pariéto-frontale. Pendant certaines crises, la malade a présenté de la salivation, mais pas de phénomènes de larmolement ni de sécrétion nasale. Quelques rares tremblements musculaires.

Les crises survenaient jour et nuit empêchant le sommeil, provoquées par le mouvement des lèvres, l'élocution, la mastication la marche. Fait curieux : à l'occasion d'une émotion, d'une joie, les crises étaient moins violentes, moins fortes et la malade se trouvait relativement bien. Crises exaspérées par temps lourd et orageux. Les dents sont au complet, sauf une dent de 6 ans supérieure droite, une prémolaire supérieure du même côté ; les 2 dents de 6 ans inférieures, sont cariées ; les 1^{re} et 2^e prémolaires supérieures gauches, la sphère du maxillaire inférieur est douloureux à la pression. Pas de troubles de la sensibilité ni aux membres. — Réflexes rotuliens normaux.

A la suite de ces formes, nous signalerons, à part, d'autres variétés sans nous préoccuper de leur liaison avec la grande ou la petite névralgie.

IV. — NÉVRALGIE FACIALE HYSTÉRIQUE.

Les hystériques qui font de la névralgie faciale la manifestent sous plusieurs formes.

1^o *Odontalgie hystérique*, où le mal de dents ne s'explique nullement par une carie et qui se complique de crises d'hystérie. SYDENHAM l'avait dès longtemps signalée. « On ne croirait pas, dit-il, que l'affection hystérique attaque aussi les dents. Toutefois rien n'est plus vrai. On n'aperçoit pas la moindre cavité, ni la moindre fluxion qui puisse occa-

sionner la douleur et cependant elle n'est ni moins violente, ni moins longue, ni moins opiniâtre. » J. FRANK raconte l'histoire d'une jeune Viennoise qui fut subitement prise de violentes douleurs de dents « le chirurgien allait enlever la dent douloureuse qu'il supposait affectée d'une carie cachée, lorsque des convulsions hystériques se manifestant, l'odontalgie disparut aussi ».

2° *Néuralgie faciale hystérique ou paroxysmes hystériques d forme de néuralgie faciale* (Gilles de la Tourette).

Elle serait précédée d'une aura. Les accès sont fréquents, bruyants, et se terminent ordinairement par une crise convulsive. Les causes morales les influencent considérablement, tant dans leur apparition, que dans leur évolution.

En voici 5 observations dues à GILLES DE LA TOURETTE. (On leur a seulement fait l'objection de n'avoir pas été accompagnées d'un examen dentaire, Benichou.

OBSERVATION XXXI. — (*Gilles de la Tourette*). —
(Résumée).

Femme 30 ans, réglée à 14 ans. A 18 ans, accès de somnambulisme, et névralgies faciales intenses à gauche durant une ou deux heures et qui se terminaient par des attaques convulsives ; durée totale trois heures. Pendant 15 jours ces accès reviennent tous les jours puis disparaissent.

A 28 ans, anorexie, dysphagie et amaigrissement ; bientôt céphalées violente que remplacent des névral-

gies se terminant par des crises convulsives. Attaques journalières pendant 4 mois et demi. « Début par des névralgies violentes, perte de connaissance parfois brusque, mais qu'elle sentait venir le plus souvent : enfin mouvements cloniques. Tout le côté gauche était insensible. — Après une de ces attaques, survint une hémiplégie gauche complète qui dura 4 jours ». Hydrothérapie. — Répit de 2 ans.

A 30 ans. Névralgies intercostales gauches durant plusieurs heures et suivies d'attaques convulsives courtes. Reviennent pendant 3 semaines ; écourtées quand la malade ôtait son corset. Puis retour de névralgies faciales sans attaques convulsives, siègent aux régions sous-orbitaire et temporale gauches ; durée : 2 à 3 heures à l'émergence des nerfs sous-orbitaire, temporal gauche, au milieu de la région costale gauche, points hypéresthésiques. Goût, ouïe, réflexes pharyngiens très diminués à gauche. Quelque temps après reviennent des névralgies faciales suivies à nouveau de crises convulsives.

OBSERVATION XXXII. — (*G. de la Tourette*). —
(Résumée).

Femme, 24 ans. Sa mère est hystérique et dégénérée. Elle a souvent de grandes crises délirantes avec catalepsie quelquefois remplacées par des équivalents : *névralgies faciales*. Le 1^{er} jour, elles débutent entre 5 et 8 heures du soir par la région sous-orbitaire gauche et durent toute la nuit. Le 2^e jour, douleurs vagues dans la journée, mais reprise des crises à la même heure. Le 3^e jour irradiations temporo-cervicaels qui disparaissent le matin au réveil.

L'extraction de dents ne produit aucun effet ; outre ces

équivalents névralgiques, la malade en a présenté d'autres. Ce sont des crises de céphalée atroce de même durée.

OBSERVATION XXXIII. — (*G. de la Tourette*). —
(Résumée).

Femme, 38 ans. Depuis l'âge de 16 ans, attaques hystériques convulsives avec hallucinations et délire. Depuis 23 ans, névralgies faciales qui alternent et s'entremêlent avec les précédentes. « Ces névralgies viennent au moins 2 ou 3 fois par semaine, presque à jour fixe, et débutent par une sensation atroce que Madame F. compare à un clou qu'on lui enfoncerait dans le coin de l'œil droit ; puis la douleur se *diffuse* dans le côté droit de la face et dans toute la partie droite de la tête, durant ainsi 2 à 3 heures, et se terminant soit par une attaque convulsive soit par des accès de pleurs ou de rêves avec hallucinations ». Depuis plusieurs années cette dame est morphinomane. Très rarement les crises sont subintrantes : alors dans leur intervalle le côté droit de la face reste endolori. Pas de larmoiement, pas d'assèchement de la narine. Sous l'influence de séances d'hypnotisme les névralgies disparaissent. (Pas de suite à l'observation).

3^e *Grande névralgie faciale chez les hystériques.*

C'est une névralgie faciale vraie qui évolue sur le terrain neuro-arthritique, et qui a seulement ce caractère d'être influencée par toutes sortes d'états émotifs, quant au début des crises névralgiques. En voici une observation indéniable publiée par Gilles de la Tourette :

OBSERVATION XXXIV. — (*Résumée*).

Femme de 35 ans. Le jour de l'apparition de ses règles, forte attaque de *migraine* qui dure quarante

huit heures et revient presque toujours au moment des époques ; à 27 ans crises d'hystérie convulsive typique durant un quart d'heure. Il y a deux ou trois ans elle se réveille un jour, avec un début de migraine à droite, et « vers le soir, elle ressentit brusquement dans le même côté droit de la face, des douleurs atroces, intolérables qu'elle différencia immédiatement de celles qu'elle avait jusqu'alors éprouvées ». C'étaient des élancements procédant par crises dans l'intervalle desquels la douleur disparaissait. Epiphora avec injection de la conjonctive. Spasmes douloureux des muscles de la face. D'abord la branche ophtalmique, puis les deux autres furent envahies. Cet état dura 5 semaines, puis disparut brusquement.

2^e Crise, 18 mois après : contracture des mâchoires, impossibilité de se toucher la face. Durée : cinq semaines.

3^e Crise, 8 mois après ; durée six semaines.

4^e Crise, 3 mois après : durée 5 mois, crises subintranstes dans la région sus-orbitaire droite, calmées par la compression violente. Amélioration par le traitement opiacé.

V. — NÉVRALGIE FACIALE DES ÉDENTÉS.

Nous n'avons pas été à même d'en observer jusqu'à présent. Nous résumons simplement ce qu'en ont dit les auteurs.

GROSS (de Philadelphie) a décrit une forme de névralgie siégeant dans les alvéoles édentées et la gencive qui les recouvre. Elle survient chez des sujets âgés, et est plus fréquente à la mâchoire supérieure qui est atteinte dans l'étendue de quelques lignes. Les parties molles ne semblent pas ou sont peu douloureuses.

Ces névralgies se caractérisent par des douleurs paroxystiques survenant par accès courts ou longs, tantôt sous forme de picotement, tantôt de douleurs sourdes. Parfois la pression soulage les patients. Quelquefois dans les douleurs violentes des spasmes des muscles de la face se produisent.

La marche de l'affection est progressive, la douleur devient parfois intolérable. Par suite de la perte du sommeil, du trouble des digestions, de la constipation, de la dépression morale intense, l'état général est souvent atteint.

La cause de ces paroxysmes paraît être la compression des filets nerveux traversant les travées alvéolaires à la suite du dépôt de matière osseuse dans les canalicules.

OBSERVATION XXXV. — (*Gross*). — (*Résumée*).

Homme 64 ans. — Il y a 18 ans, perte de toutes les dents de la mâchoire supérieure ; pendant 15 ans porte un ratelier.

Depuis 3 ans, ressent une douleur aiguë lancinante dans la région alvéolaire gauche de la mâchoire supérieure, limitée à la partie postérieure, en dehors de la 2^e alvéole bicuspide.

Les accès durent de 1 à 5 minutes, et sont rappelés par les mouvements (parole ou déglutition). « Ces douleurs, après avoir persisté pendant 8 à 10 jours, cessèrent pendant un temps égal mais il restait toujours une sensation désagréable, une douleur sourde que le contact de la main n'augmentait pas et qui ne présentait aucun phénomène inflammatoire ».

Opération. — Incision le long des alvéoles jusqu'à la 2^e prémolaire. Les parties molles sectionnées et le périoste écarté, on enlève l'os malade et l'apophyse palatine qui ne présentait aucune trace d'altération ».

6 mois après le chirurgien revit le malade qui ne souffrait plus.

OBSERVATION XXXVI. — (*Gross*). — (*Résumée*).

Homme, 57 ans. A 17 ans, extraction des dents supérieures droites. 40 ans plus tard, il se présente avec névralgies des alvéoles supérieures droites.

7 ans auparavant à la suite d'un froid vif, dans un voyage en mer, il avait eu une *première attaque* de névralgie. A la suite, attaques intermittentes exaspérées par la mastication et la déglutition. On enlève les parties atteintes. Guérison complète quelques mois après.

OBSERVATION XXXVII. — (*Gross*). — (*Résumée*).

Femme, 70 ans. Dents extraites depuis longtemps. Depuis quelques années, douleurs à la mâchoire supérieure gauche. Opération. Guérison.

OBSERVATION XXXVIII. — (*Gross*). — (*Résumée*).

Femme, 80 ans, vieille asthmatique. A 65 ans, extraction des 3 grosses molaires supérieures droites. A ce niveau, névralgie de la mâchoire supérieure droite. Douleur d'abord sourde, puis aiguë. Excision de la partie alvéolaire douloureuse.

OBSERVATION XXXIX. — (Gross). — (Résumée).

Femme, 33 ans. Extraction quelques années auparavant de la première molaire et de la 2^e prémolaire inférieure gauche cariées. Depuis 3 ans, névralgie de la mâchoire inférieure; douleurs exaspérées par l'élocution, la mastication, l'humidité atmosphérique, la menstruation. Gencives douloureuses aux toucher qui provoque une crise.

M. DUPLAY revient sur la question dans les « Archives générales de médecine » et en publie des observations chez des sujets partiellement édentés. La douleur apparaissait au niveau de l'alvéole vide. « S'agit-il simplement comme le prétend Gross, d'une compression de ces branches nerveuses (alvéolaires), résultant d'une sorte d'ostéite condensante ou bien ces branches nerveuses sont-elles autrement altérées ? Seraient-elles le siège de petits névrômes douloureux comme on en observe à l'extrémité des nerfs après les amputations ? » Cette dernière hypothèse se présente d'autant mieux à l'esprit que la forme de névralgie du maxillaire dont il vient d'être question a toujours pour point de départ l'alvéole d'une dent arrachée. Il y a là « un exemple d'une forme peu commune et surtout peu connue de *névralgie du maxillaire* trop souvent confondue avec la névralgie du trijumeau et qui ne guérit que par la résection du bord alvéolaire, point de départ de la douleur ».

En 1893, Jarre, élève de Magitot reprend cette théorie. Il la transforme et la généralise à la majorité des tics douloureux. D'après lui, dans la plupart

des cas, il y aurait des lésions cicatricielles des extrémités terminales des nerfs inclus dans la région alvéolaire. Elles sont ordinairement consécutives soit à de l'arthrite alvéolodentaire, soit à des accidents infectieux dus à l'éruption de la dent de *sagesse inférieure*. Aussi préconise-t-il la résection du rebord alvéolaire suivie de rugination de la plaie osseuse.

M. Cruet a adopté ces idées et appelé ces formes *névralgies alvéolaires*.

NÉVRALGIES DES PLEXUS DE LA FACE

Les plexus de la face résultent, on le sait, de l'intrication des terminaisons de la 5^e et de la 7^e paire. Leur irritation est cause de névralgies. Celles-ci peuvent rester cantonnées à ces plexus, avec ou sans envahissement des plexus dentaires. D'autres fois elles s'irradient, et irritent le nerf facial qui souffre dans ses fibres sensibles d'emprunt. Nous distinguerons donc :

1° *Les névralgies des plexus de la face proprement dites, avec ou sans participation des plexus dentaires ;*

2° *Les névralgies du nerf facial.*

I. — *Névralgies des plexus.* — Leurs causes ressortent nettement et ne sont guère discutables. Ce sont des traumatismes, soit accidentels soit chirurgicaux. Depuis l'avènement de l'antisepsie, on ne les rencontre plus guère. Ce sont, en quelque sorte, des névralgies d'infection des plaies. La légère névrite terminale n'arrive pas en général au tronc des nerfs.

Elles s'accompagnent d'un léger mouvement fébrile de septicémie atténuée et de phénomènes inflammatoires locaux. Ces névralgies ne sont naturellement pas spéciales aux plaies situées dans le domaine du trifacial. Verneuil les a décrites du nom de « névralgies traumatiques secondaires précoces ». Nous en résumons quelques observations.

OBSERVATION XL. — (*Verneuil*). — (*Résumée*)

Large plaie contuse des téguments crâniens. Erysipèle soudain, rapidement guéri.

Douleurs névralgiques, intermittentes dans le cours de la seconde semaine et à la fin de la 3^e semaine, survenant la nuit et ayant cédé au sulfate de quinine.

OBSERVATION XLI. — (*Verneuil*). — (*Résumée*). —

Extirpation laborieuse d'une tumeur parotidienne. Dissection étendue du nerf facial. Suites immédiates très simples. Névralgie intense de la plaie et de la moitié correspondante de la face. Sulf. de quinine. Quinine.

Femme, 60 ans. Opérée d'une tumeur parotidienne.

Légère « fièvre traumatique » post-opératoire qui dure 3 jours, puis la « nuit suivante, vers 7 heures du soir, la malade fut prise tout à coup de douleurs névralgiques très vives partant de la plaie et s'irradiant dans tout le côté correspondant de la face. Vers 3 heures du matin, la souffrance s'apaisa et disparut complètement à 5 heures, le sommeil revint jusqu'à huit heures. La journée fut excellente, mais à 10 heures du soir les douleurs interrompirent brusquement le sommeil commencé, prirent une grande violence, occupant, du reste, la même étendue que la veille. Cependant pas de fièvre et pas de modification de la plaie ».

OBSERVATION XLII. — (*Verneuil*). — (*Résumée*). — Extirpation d'une tumeur parotidienne profonde. Indolence de la plaie. Névralgie dentaire. Indolence locale. Douleurs tout à fait à distance.

Homme, 40 ans. C'est la 3^e intervention sur la parotide gauche pour une tumeur. 3 jours sans incident. Le 4^e jour, douleurs assez violentes dans les dents des 2 mâchoires du côté opéré. Début à 11 heures du soir, cessation spontanée à 4 heures du matin. Pourtant le malade n'a jamais éprouvé ces douleurs, et ses dents sont saines. Pas de signes d'inflammation de la plaie mais « pus louable » s'en écoulant. Le 2^e jour vers 8 heures, jusqu'au matin, accès de névralgie qui s'étend à toutes les dents. Le 3^e jour accès de minuit à 2 heures. La cicatrisation se fait.

OBSERVATION XLIII. — (*Verneuil*). (*Résumée*). — Extirpation d'un épithélioma de la lèvre inférieure. Réunion immédiate. Plaie indolente. Névralgie dentaire.

Homme, 44 ans, atteint d'épithélioma circonscrit de la lèvre inférieure. On l'opère. La 3^e nuit, douleurs occupant toutes les dents qui sont en mauvais état (chicots ou caries); cependant, depuis plusieurs années, le patient n'en souffrait jamais.

Sur l'influence du sulfate de quinine, il n'y eut plus le lendemain qu'une légère douleur à la mastication.

OBSERVATION XLIV. — (*Verneuil*). (*Résumée*). — Fibrome de la pointe de la langue, ablation avec l'écraseur linéaire; névralgie précoce et hyperesthésie très prononcée de la plaie. Sulfate de quinine. Guérison. Plus tard névralgie cicatricielle.

M. D..., 30 ans, atteint de tumeur de la pointe de la langue. On l'opère. Dans la nuit du 3^e au 4^e jour, « élancements rapides, réitérés forts pénibles, qui s'irradiaient presque dans les oreilles ». Le lendemain, les élancements spontanés ont cessé; mais la langue est restée sensible. Le malade tient la bouche entr'ouverte, évite de parler et même d'avaler sa salive « parce que le moindre mouvement et le plus léger contact avec les arcades dentaires ramènent la douleur ».

Les bords de la plaie sont tuméfiés. Avec le détergement de la surface cruentée, les douleurs disparaissent. Malgré la cicatrisation, la malade a eu, à deux reprises, après un gros surmenage, des douleurs névralgiques.

OBSERVATION XLV. — (*Verneuil*). (*Résumé*). — Extirpation d'une tumeur de la région sous-maxillaire gauche. Herpès fébrile de la face. Récidive. Nouvelle éruption herpétique avec érysipèle.

OBSERVATION XLVI. — (*Verneuil*). — (*Résumée*). — Volumineuse tumeur de la région sus-hyoïdienne. Extirpation. Vomissements opiniâtres. Insomnie. Apparition d'une névralgie faciale dans le cours de la 3^e nuit.

Femme, 28 ans : tumeur ganglionnaire sous-maxillaire gauche. Opération. Le lendemain, agitation, sueurs, malgré l'indolence de la plaie. Cependant, « sensation désa-

gréable à la mâchoire inférieure au niveau d'une dent plombée qui, d'ordinaire, est à peine douloureuse ». Le 2^e jour, bon état général, mais la déglutition est légèrement douloureuse. Indolence, mais suppuration de la plaie. Le soir, à 6 heures, agacement ; à 8 heures, douleur légère, mais très distincte dans la mâchoire et dans toute la moitié correspondante du visage et de la voûte crânienne ; elle dure presque toute la nuit. Le lendemain matin, fièvre légère.

Le 3^e jour, pendant la nuit, violent accès dans toute la moitié du visage, particulièrement dans la région et sur les bords de la plaie.

Le 4^e jour, la fièvre disparaît ; les douleurs aussi. Il n'y a plus que de l'hypéresthésie de la peau. Cependant, le soir, se reproduit la douleur qui a abandonné le crâne, le front, la face pour se localiser aux dents, à la plaie et à son voisinage. Au 5^e jour, la nuit, quelques douleurs névralgiques supportables limitées à la plaie.

6^e jour, mêmes phénomènes ; 7^e jour, amélioration. 2 jours après, disparition de la névralgie traumatique.

OBSERVATION XLVII. — (*Verneuil*). — Balle de revolver de la fosse temporale. Névralgie locale et à distance. Inflammation du foyer. Sulfate de quinine. Disparition prompte des symptômes. Le projectile reste bien toléré. (*Résumée*).

Homme, 46 ans, s'est tiré un coup de revolver dans la tempe droite, au 1/3 moyen de la fosse temporale.

Le lendemain, la plaie devient sensible et douloureuse. Douleurs de voisinage dans la mâchoire supérieure, au niveau des premières grosses molaires tout à fait saines. Le 3^e jour, douleurs nocturnes. Crises de douleurs très violentes avec inflammation locale.

II. — *Névralgies du nerf facial*. — 'On a décrit des *névralgies du nerf facial sans paralysie*. En 1899, M. Jacquet présentait à la Société médicale des Hôpitaux, un malade pour lequel il avait fait ce diagnostic en se basant sur la localisation des points douloureux de pression. Il s'agissait d'un homme qui au cours d'un traitement ioduré présenta un léger zona ophtalmique du côté droit. « Le lendemain violente douleur spontanée, mais surtout à la pression au-dessous de l'oreille droite, au point précis où le facial émerge de l'aqueduc de Fallope. Pression très douloureuse également sur le trajet des branches supérieure et inférieure du nerf, sur tous les muscles de la face à droite et au niveau du muscle occipital, qui reçoit lui aussi un rameau du facial ». Pas de sensibilité anormale des tissus sus-orbitaire et maxillaire inférieur. L'auteur conclut à une « véritable névralgie de la 7^e paire sans paralysie faciale, et sans névralgie des nerfs maxillaires capables de communiquer au facial par récurrence une sensibilité aussi vive. »

Les *névralgies du nerf facial avec paralysies* sont plus connues. Les douleurs précèdent, en général, l'apparition de l'hémiplégie de la face. Quelquefois voisines du trou stylo-mastoidien (intra ou rétro-auriculaires, mastoïdiennes, sous-mastoïdiennes), elles en sont dans d'autres cas fort éloignées (œil, front, tempe, gencives). Rarement elles occupent toute la moitié correspondante du visage

(Bernhardt). Ces douleurs se présentent avec des caractères variables : ce sont des tiraillements, des battements, des lancées. Mais les phénomènes sensitifs ne sont pas toujours prodromiques : on les a vu accompagner la paralysie faciale, et même survenir seulement une fois celle-ci établie. Un malade de M. Jacquet, trois ou quatre jours après avoir couché dans une carrière à plâtre, présenta une paralysie faciale gauche coïncidant avec un gonflement très net de la région préauriculaire et une éruption de zona sur la conque de l'oreille. La température de la peau du côté gauche était plus élevée qu'à droite et outre la douleur à la pression de tous les muscles de la face gauche on remarquait un point douloureux très violent exactement sous-jacent au conduit auditif externe. Pas de douleur aux points d'émergence de Valleix.

Les névralgies du nerf facial avec spasmes existent aussi. L'irritation qui a provoqué la douleur a excité le nerf de la 7^e paire au lieu de le paralyser. Nous en avons observé un cas.

LES SYMPTOMES INCONSTANTS DES NÉVRALGIES

Mais la symptomatologie de la névralgie faciale serait incomplète, si nous ne faisons pas l'étude des troubles d'ordre divers, résultant de l'adultération fonctionnelle du trijumeau. Le nerf est touché dans sa vitalité, dont la diminution ou l'exaltation engendre des phénomènes d'ordre pathologique. Disons du reste que ces sortes de complications sont surtout l'apanage des grandes névralgies.

Nous distinguerons :

- Des troubles sensitifs,
- Des troubles moteurs,
- Des troubles vasculaires,
- Des troubles sécrétoires.
- Des troubles trophiques.

Troubles sensitifs. — Nothnagel les avait résumés dans une formule assez concise : hypéresthésie dans les névralgies récentes remontant à moins de 2 mois, anesthésie dans les formes anciennes. L'observation a démontré que ce théorème était loin d'être toujours vrai. Souvent, nous l'avons vu, le moindre frottement de la peau du visage amène la reproduction des paroxysmes. Mais à côté de cette hypéresthésie qui détermine de la douleur

non au point touché, mais dans la sphère nerveuse malade, et qui, en fait, est une fausse hypéresthésie, on a parfois signalé une *hyperalgésie* telle que le plus léger attouchement, le moindre contact arrachent des cris au sujet. D'après Zimmern, elle serait constante et caractéristique de la grande névralgie. Verger a signalé, à la piqûre et au contact, des bandes d'hypoesthésie cutanées et muqueuses assez nettement superposables aux zones douloureuses. Des troubles parasthésiques ont été relatés : picotements, fourmillements, engourdissements précédant les douleurs ou se manifestant dans leur intervalle et siégeant d'habitude aux point douloureux.

L'anesthésie ou paralysie du trijumeau sensitif est rare. Elle est toujours postérieure aux douleurs, disparaît souvent avec elles, persiste rarement après la guérison (Notta). Complète, elle caractérise surtout les névralgies dont la cause irritative est haut placée, dans le tronc et le ganglion de Gasser. Incomplète (hypoesthésie), elle peut être simplement la manifestation d'une névrite névralgique. Ordinairement, ce trouble de sensibilité existe non seulement au tact et à la piqûre, mais pour les sensations thermiques de chaud et de froid.

Les *dyssesthésies* sont plutôt d'ordre névropathique.

Troubles moteurs. — Les uns sont volontaires, les autres indépendants de la volition ; il en est de mixtes.

Les malades se livrent souvent, pour calmer la douleur, à des *contorsions* musculaires, à des gri-

maces qui d'abord lentes et voulues, deviennent fréquentes, rapides, et pour ainsi réflexes. On peut imaginer toutes les variétés : plissement du front, fermeture de l'œil, contraction ou distorsion des lèvres, de la langue, mâchonnements répétés et fréquents. On conçoit qu'à un moment donné ces contractions puissent devenir permanentes. NOTTA dans 13 cas signale le blépharospasme en rapport, tantôt avec une photophobie résultant d'une lésion concomitante de l'œil, tantôt avec la volonté d'éviter tout mouvement susceptible d'engendrer des paroxysmes. Le même auteur a noté 4 fois la contracture tétanique des masséters empêchant le malade de s'alimenter. Il fait pourtant des réserves sur ces observations, qu'il ne trouve pas assez précises. La possibilité de lésions bucco-dentaires qui entretiendraient ce trismus n'est du reste pas envisagée.

Les mouvements involontaires qui se manifestent au cours des paroxysmes névralgiques sont des *convulsions*. Bien nets ils sont à peu près caractéristiques de la grande névralgie faciale. Et c'est la production de ces spasmes au cours des accès, qui a déterminé bien des auteurs, tant anciens que modernes, à en faire une forme spéciale. Nous n'avons pas cru devoir suivre cette division de la grande névralgie faciale par ce fait que la lecture attentive des observations (Monneret et Fleury) et l'étude des nôtres propres, montrent que les convulsions de la face sont un phénomène surajouté. Elles n'apparaissent pas dès le début de la maladie, et une fois survenues, elles ne se manifestent pas d'une façon permanente à l'occasion de tous les paroxysmes.

André, qui le premier décrit la forme de grande névralgie qu'il appela *tic douloureux*, pense que le « spasme ou mouvement convulsif » qui l'accompagne « est une contraction passagère des muscles ; contraction qui cesse et revient en peu de temps, et qui est, dit-on, causée par un mouvement involontaire et irrégulier du suc nerveux ». Dans ses observations André ne décrit pas très bien ces mouvements convulsifs. — Dans la première, il parle d'« agitations » ; dans la seconde de « grimaces » de « distorsion continuelle du nez, des lèvres, de la bouche et de tout le visage » dans ; la troisième « de douleurs convulsives ». La quatrième est celle d'un prêtre : « ses douleurs et ses convulsions occupaient la tête, le col et les épaules qui semblaient être confondus, et ne faire qu'une masse informe et sans articulation. » Dans la cinquième observation, un zona de la pommette alternait avec les crises, et la malade « dans les mouvements convulsifs... jetait par flots une salive ou écume abondante, muqueuse et très gluante ».

Wepfer, Pujol signalent ces mouvements. Méglin parle dans une observation de « trémoussements convulsifs » des muscles de la face. Halliday insiste peu sur eux. Bérard les ignore presque. Valleix les considère comme un « épiphénomène de grande valeur, n'ayant jamais lieu que chez des sujets affectés de névralgies intenses ». Monneret et Fleury insistent sur ces mouvements convulsifs : ils étaient permanents chez un de leurs malades, mais « seulement moins fréquents et moins prononcés pendant les intervalles qui séparent les accès ». Ils

parlent aussi d'un cas où les mouvements siégeaient du côté opposé : il est probable qu'il y avait d'un côté névralgie faciale, de l'autre tic convulsif.

Trousseau donne une bonne description de la névralgie épileptiforme avec tic.

L'opinion d'Axenfeld est intéressante à rapporter. « Nous croyons devoir insister, ... sur les mouvements convulsifs qui accompagnent dans certains cas la névralgie du trijumeau et qui lui ont valu le nom de tic douloureux. Ces mouvements résultent d'une action réflexe propagée de la 5^e à la 7^e paire. On peut en distinguer 2 espèces :

1^o Tantôt ils se lient à une intensité extrême des douleurs ; un acte psychique, la souffrance, forme l'intermédiaire entre la sensation point de départ et le mouvement aboutissant de l'action cérébrale ; en pareil cas les deux moitiés du visage sont convulsées. Le côté affecté lui-même se meut dans une étendue plus grande que celle occupée par la douleur ; une volonté énergique peut y mettre obstacle c'est à peu de chose près comme si une douleur violente siégeait ailleurs qu'à la face.

2^o D'autres fois, ces mouvements semblent dépendre moins de la vivacité de l'impression perçue que d'une stimulation particulière qui, à travers les centres nerveux, se propagent du nerf sensitif au nerf moteur de la face ; on voit alors la convulsion et la névralgie coïncider par superposition, et l'on dirait chaque muscle galvanisé isolément par la douleur qui est ressentie dans le point correspondant ; l'influence de la volonté est alors nulle pour empêcher ou atténuer le mouvement. Ces deux sor-

tes de mouvements que nous venons de représenter comme formant deux espèces distinctes, sont loin de s'exclure, et assez souvent on les voit associés dans les névralgies intenses ».

Bernhardt avait signalé les convulsions qui apparaissent dans les muscles isolés comme dans toute la face et qui proviennent sans doute « par voie réflexe des branches sensitives du trijumeau ». Il parle de leur propagation aux autres muscles du corps sans vouloir discuter quel rôle jouent dans ces cas l'hystérie et l'épilepsie.

Zimmern distingue, dans les troubles moteurs, la grimace et le tic, la première produisant ce que Valleix appelle « distorsion du visage », le second engendrant des spasmes plus simples et « décomposés ». VERGER écrit : « La névralgie faciale d'origine centrale s'accompagne dans la règle de spasmes du visage, qui peuvent être toniques ou cloniques. Dans ce dernier cas, il existe une infinité de degrés entre la grimace brève et le tic douloureux complet, formé de mouvements spasmodiques de la face et de mouvements réflexes exécutés par les membres supérieurs. »

Les mouvements involontaires spasmodiques qu'on ne retrouve que dans la grande névralgie faciale, surviennent au cours de la maladie et débute d'ordinaire par de petites secousses fibrillaires et partielles des muscles qui recouvrent le territoire sensitif qui souffre. On les voit d'abord ordinairement autour des orifices : œil, nez, bouche. Nous les avons notés surtout dans des névralgies du maxillaire supérieur. Les contractions vermiculaires

de la portion inférieure de l'orbiculaire des paupières s'étendent bientôt aux muscles de la fosse canine. D'autres fois les secousses apparaissent dans les élévateurs de la lèvre supérieure. Chez un de nos malades, revenant dans les paroxysmes, fines et menues, elles se limitaient exactement aux muscles situés dans le domaine sensitif du maxillaire supérieur. Elles commençaient et cessaient avec l'accès douloureux. Mais les convulsions d'abord limitées, peuvent se généraliser à tout un côté de la face, se combiner à des grimaces d'abord volontaires, ensuite réflexes, envahir les muscles du cou et du tronc. Une de nos malades souffrant dans son maxillaire supérieur droit avait des secousses involontaires non seulement de la face, mais de toute la tête ; dans les grandes crises les muscles du cou, du thorax étaient envahis et leurs contractions spasmodiques déterminaient de multiples haussements d'épaule. A première vue on l'aurait crue atteinte de tic convulsif généralisé.

A côté de ces troubles de la motilité qu'on peut encore appeler *troubles d'excitation*, il en est d'autres d'ordre inhibitoire : ce sont les *paralysies*. Nous passerons rapidement sur celles de la branche motrice du trijumeau. La compression de cette racine, en amont ou au niveau du ganglion de Gasser, explique suffisamment ces phénomènes. La paralysie des masticateurs est assez difficile à rechercher, et c'est surtout l'étude des réactions électriques de ces muscles qui permet le diagnostic.

Outre celles-ci, on a surtout signalé des paralysies des nerfs moteurs de l'œil, et plus rarement des muscles innervés par le facial.

Marchal (de Calvi) a le premier attiré l'attention « sur la paralysie de la 3^e paire de nerfs crâniens consécutive à la névralgie de la 5^e ». Il en cite 4 observations, et explique ces faits par 2 hypothèses.

1^o « Les muscles reçoivent deux sortes de filets nerveux : des filets moteurs et des filets sensibles. Les uns donnent la force, les autres l'intelligence. Ce n'est pas assez qu'un muscle ait la force; il faut qu'il soit réglé, dirigé vers l'emploi qu'il en doit faire, et cette règle, cette direction, il les reçoit des filets sensibles. A cet effet, tous les nerfs musculaires sont mixtes, avec cette différence entre eux que les uns sont mixtes dès l'axe cérébrospinal, tandis que les autres ne le deviennent qu'à une distance plus ou moins considérable de cet axe ». Ce serait le cas des nerfs moteurs de l'œil, qui deviennent nerfs mixtes par l'adjonction des filets de la branche ophtalmique. En ce cas, donc « l'action morbide passerait de la 5^e paire au nerf moteur oculaire commun par les filets qu'elle lui fournit directement ».

L'auteur fait à cette première hypothèse l'objection qu'il n'existe pas d'observation de paralysie post-névralgique du grand oblique et du droit externe, qui pourtant reçoivent aussi leur innervation de l'ophtalmique. Cependant il les croit a priori possibles. En effet, trois ans plus tard, Badin d'Hurtebise signalait, consécutivement à une névralgie sus-orbitaire, les paralysies des moteurs oculaires communs et externes, sans qu'il y eut néanmoins de déviation du globe de l'œil par suite de la paralysie des 4 muscles droits.

Voyons la deuxième hypothèse envisagée par Marchal et qui lui paraît préférable.

« Le nerf trijumeau et le nerf moteur oculaire commun se rencontrent dans le ganglion ophtalmique auquel ils fournissent le premier, la racine sensible par le rameau nasal ; le second la racine motrice par le rameau du petitoblique... On admettrait qu'il se passe dans le ganglion ophtalmique une action réflexe morbide par suite de laquelle l'affection, qui dans le nerf sensible s'exprime par la douleur ou l'anesthésie, est transmise au nerf moteur dans lequel elle s'exprime soit par la convulsion, soit par la paralysie... Il y aurait donc une action réflexe morbide à travers le ganglion ophtalmique ». Cette hypothèse, ajoute l'auteur, peut se généraliser et permet de comprendre la physiologie des ganglions « véritables petits cerveaux, comme on l'a dit, réglant des actes spéciaux ».

Notta reprit cette étude des phénomènes paralytiques post-névralgiques. Il met en doute avec raison 2 des observations du mémoire de Marchal, les nos 1 et 4. « La marche, les symptômes de la maladie porte à croire qu'il y avait une lésion organique des centres nerveux, et non une névralgie simple idiopathique. » En effet la lecture des deux histoires fait fortement songer à la syphilis. En tenant compte des deux cas de Marchal, de l'observation de Badin, d'une de Corvisart, de 2 personnelles, Notta en réunit 6. Sur ces 6 cas de névralgies sus-orbitaires où il y avait ptosis, 3 s'accompagnaient de strabisme externe.

Nous donnons ici l'intéressante observation, fournie par Corvisart jeune à Notta :

OBSERVATION XLVIII. — (*Notta*). (*Résumée*). — Névralgie de la 5^e paire avec altération de la vue ; prolapsus de la paupière supérieure. Strabisme externe.

Femme, 22 ans, entrée le 15 décembre 1847 à la Charité.
Les antécédents ne sont pas signalés.

Le 20 novembre, sans cause appréciable, la malade ressent vers le soir, à droite, au pourtour de l'orbite des douleurs contusives, puis lancinantes, puis contusives, revenant par crises à intervalles irréguliers de quelques minutes ou de quelques heures. Elles augmentent d'intensité, la vue se trouble ; épiphora.

5 décembre. Douleurs continues dans le côté droit de la tête avec de temps en temps des élancements spontanés. Douleur à la pression : 1^o en dehors du petit angle de l'œil ; 2^o au trou sus-orbitaire ; 3^o à la partie antérieure du conduit auditif externe ; 4^o au-dessus de la bosse pariétale ; 5^o au-dessus de l'arcade orbitaire, en dedans de la crête osseuse qui sépare le front de la fosse temporale. Les 2 derniers sont les plus douloureux. La pupille droite est dilatée, paresseuse, mais mobile ; larmoiement, pas d'injection conjonctivale, pas de photophobie. Vue confuse à droite ; strabisme externe, léger ptosis, rien à la face. Les sensibilités générale et spéciale sont conservées à la bouche, à la langue, aux fosses nasales. Pas de fièvre. Au bout de 2 jours, les phénomènes névralgiques et oculaires disparaissent après 2 ou 3 inhalations de chloroforme.

La *paralysie faciale post-névralgique* est bien moins connue, et peu signalée. Nous ne parlons pas bien entendu de celles qui accompagnent les névralgies gassériennes, et qui, comme elles, dépendent d'une compression à la base du crâne.

Notta rapporte 2 cas de paralysie faciale : l'une ayant suivi, l'autre accompagnant la névralgie. La première est une observation de Gola. La seconde fut considérée par Neucourt comme une névralgie de la 7^e paire. Il est très probable, comme le dit très bien Notta, que l'étude approfondie des signes précurseurs de certaines paralysies faciales permettrait de les rapporter à une névralgie de la 5^e paire. Nous ne nous étendons pas davantage sur ce sujet, puisqu'antérieurement nous avons très longuement insisté sur la solidarité physiologique des nerfs de la 5^e et de la 7^e paire.

Troubles vasculaires. — Parmi les malades, beaucoup ont la face rouge au moment de leurs paroxysmes. Ces changements de coloration ne sont pas toujours en rapport avec l'intensité des douleurs.

Nous ne faisons pas allusion aux phénomènes vasomoteurs dépendant de l'inflammation locale ou de la fièvre.

Il n'est pas non plus possible d'admettre avec Van Swieten, que les battements artériels sont accélérés localement au niveau du siège de la névralgie, fait qui ne cadre pas avec les notions que nous possédons de physiologie cardio-vasculaire. Mais rien n'empêche de croire Franck et Bellingeri qui ont vu les artères voisines du siège de la névralgie plus tendues, plus rénitentes et battant plus fortement. Bernhardt parle aussi des battements de la temporale, de la carotide. On a également signalé la pâleur du visage. (J. Frank, Notta) sa bouffissure (Bernhardt), l'aspect huileux d'un côté de la face

comme si on l'avait enduit d'un corps gras (Romberg).

Les congestions locales dans le domaine du nerf affecté, ne sont pas rares. Valleix insiste sur la rougeur de l'œil. Notta a récapitulé 34 cas d'injection conjonctivale dont un avec chemosis. Ces troubles vasculaires ne se retrouvent que dans les névralgies des deux premières branches. La plupart du temps (21), la rougeur ne survenait qu'au moment des paroxysmes, 9 fois seulement elle était permanente. D'autres auteurs ont signalé la congestion de la muqueuse des fosses-nasales (Bernhardt) même avec production d'ecchymoses. Eulenburg dans un cas a vu saigner les gencives enflammées (paralysie vaso-motrice). Nous ne signalerons que pour mémoire, la tuméfaction de la langue mentionnée par Méglin et Guastalla. Dans l'observation de ce dernier, il est permis de se demander si la macroglossie n'était pas en rapport avec des crises comitiales. Vulpian explique cette congestion linguale par l'« excitation réflexe des fibres vasodilatatrices que la corde du tympan fournit au nerf lingual ».

Tous ces phénomènes évidemment de vasodilatation ou de vasoconstriction, dépendent de l'irritation des filets sympathiques associés aux branches de la 5^e paire.

Troubles sécrétoires. — En relation intime avec les précédents nous pouvons étudier les troubles sécrétoires. Toutes les glandes qui reçoivent des filets du trijumeau peuvent être touchées.

a) *Sécrétion lacrymale.* — Valleix a signalé le larmolement plus ou moins abondant qu'accompagne

quelquefois une sensation de brûlure. Notta qui a compulsé 128 observations l'a trouvé dans environ la moitié des cas. La névralgie siégeait dans le domaine de la branche ophtalmique ou du maxillaire supérieur. Exceptionnellement le larmoiement est isolé; plus souvent il s'accompagne d'autres troubles oculaires (rougeur, photophobie). Il ne survient d'habitude qu'au moment des accès névralgiques, soit au fastigium de l'accès, soit tout à la fin. (Leydig). Chez un malade dont Bérard a lu l'observation, le larmoiement constituait un véritable phénomène critique, et lorsqu'il faisait défaut, la crise durait plus longtemps. Rarement il persiste pendant toute la maladie, s'intensifiant seulement lors des paroxysmes douloureux. Notta dit que le larmoiement qui accompagne la rougeur de la conjonctive, peut en être considéré comme la conséquence. Isolé, il doit dépendre de l'irritation du nerf lacrymal souffrant.

b) *Sécrétion nasale*. — Notta croit assez rares ces troubles sécrétoires du côté du nez, dont il n'a retrouvé que 11 cas. Toujours il s'agissait de névralgies des deux premières branches.

On ne doit pas s'en laisser imposer par le coryza qui se complique de douleurs névralgiques. Quand l'écoulement nasal coïncide avec de l'épiphora et est séreux (Leydig, Thouret), on peut se demander si elle ne résulte pas de l'écoulement de larmes par les voies lacrymo-nasales. En tout cas, la rhinorrhée ne survient d'habitude qu'au moment des accès, rarement à la fin. Tantôt séreux, tantôt muqueux, on a vu le liquide avoir successivement ces caractères.

res au cours d'un même accès. On a observé une rhinorrhée hémorrhagique. Notta ne signale qu'une fois la sécheresse du nez.

c) *Sécrétion salivaire*.— André dit l'avoir observée chez tous ses malades. Sauvages le considère comme des plus fréquents. Valleix croit la salivation rare, car il ne l'a notée que deux fois dans ses propres observations. C'est aussi l'avis de Notta qui n'en a retrouvé que 14 cas. En général le ptyalisme ne se rencontre que dans les névralgies de la troisième branche. Pourtant Monneret et Fleury le croient constant dans la névralgie de la branche dentaire postérieure du maxillaire supérieur. Exceptionnellement permanente, la salivation se manifeste seulement pendant les paroxysmes. Ce qui rend très difficile la constatation, c'est qu'on est exposé à la confondre avec la sialorrhée. En effet, on sait que pendant les périodes de crises les moindres mouvements de déglutition font réapparaître les paroxysmes. Aussi le patient préfère-t-il laisser sa salive s'écouler au dehors. Cependant Notta signale, une fois, une salivation si abondante qu'elle retentissait sur l'état général. Il cite aussi un cas où elle était précédée de sécheresse de la bouche et de gonflement de la glande sous-maxillaire. Zimmern insiste sur cette augmentation de volume de la glande au moment des crises les plus violentes. Le même auteur considère la salivation comme l'apanage des névralgies graves. C'est aussi ce qui paraît résulter de nos observations personnelles.

d) *Sécrétion sudorale*.— Notta dans une observation de névralgie sus-orbitaire a vu signalées des

sueurs localisées au front. L'éphidrose unilatérale localisée au côté malade est mentionnée.

e) *Sécrétions multiples*. — On a remarqué la coïncidence d'épiphora et de rhinorrhée (Leydig). Klipel et Lefas ont publié un cas de tic douloureux s'accompagnant d'hypersécrétion nasale, salivaire, pharyngée, lors des crises. Ce cas fut intéressant par son évolution, que caractérisa « la substitution progressive et presque complète d'une crise sécrétoire à la crise douloureuse ». Les douleurs s'atténuèrent, tandis que l'hypersécrétion d'abord modérée s'accrut progressivement.

Troubles trophiques. — Nous allons les passer en revue successivement du côté de la peau, des phanères, des organes des sens.

Dans les névralgies anciennes le côté correspondant de la figure peut s'hypertrophier. L'hypertrophie peut envahir tout l'hémiface ou se localiser seulement à la région qui souffre : lèvre supérieure (Lemercier), régions fronto-temporale (Bellingeri) région sous-orbitodentaire, l'examen des dents ayant été négatif (Neucourt).

Fait curieux, on a vu la section du nerf guérir à la fois la névralgie et l'hypertrophie de la face. D'autres fois au contraire, on a noté l'atrophie (Bérard), l'aplatissement du visage, une déformation des os à la suite de pressions prolongées que fit la malade sur les parties douloureuses (Trousseau).

Nous passons rapidement sur les *éruptions* d'ordres divers, surtout zostériiformes qui accompagnent la névralgie.

Quoique le zona ophtalmique soit le plus fréquent, on en a signalé sur le trajet des branches maxillaires

supérieures et inférieures sur la peau et sur les muqueuses (Hutchinson, Hybord, Coppez, Gellé, Desprès, Ollivier, Rayet, Dardignac, Jaccoud, Achard, Burin-Desroziers, Cassé, Decrequy, Besson).

Mais c'est André qui, incontestablement, paraît avoir sans les connaître décrit ces zonas qui peuvent présenter des rapports intimes sinon un certain balancement avec la douleur. Nous donnons ci-dessous son observation.

OBSERVATION XLIX. — (André).

« Madame . . . , âgée de 70 ans, et depuis dix, atteinte d'un tic douloureux, vint me consulter au mois de janvier 1753. Le siège de sa maladie était dans le nerf orbitaire inférieur du côté droit, ses douleurs étaient des plus vives et des plus aiguës. Les accès périodiques de son mal étaient très longs et laissaient ordinairement un pareil intervalle de relâche ; souvent il se formait sur la pommette, le maxillaire, le nez et les lèvres, une espèce d'*érésipèle* bourgeonneux ou miliaire, chacune de ces petites pustules étaient remplies d'une sérosité jaune et roussâtre, qui tant qu'elle coulait laissait la malade tranquille ; mais dès qu'elle s'arrêtait les premiers accidents reparaissaient avec de nouvelles forces et duraient plus longtemps. »

Nous ne voulons pas non plus passer sous silence la très intéressante observation de Dervaux.

OBSERVATION L. — (Résumée). — Zona complet de la zone du trijumeau.

Il s'agissait d'un enfant de 12 ans, névropathe et migraineux. Dans une première phase, il présenta des

phénomènes névralgiques dans les mâchoires du côté droit et de la photophobie, puis les douleurs gagnent les joues. Dans une 2^e période, apparaissent des groupes d'herpès sur les lèvres, les joues, et enfin aux limites du cuir chevelu.

La durée totale fut de 6 semaines.

Il semble bien que dans ces cas les 3 branches du trijumeau aient été envahies.

Signalons outre le zona des éruptions de lichen et des poussées d'acné.

Les *phanères* sont quelquefois troublés dans leur évolution. Bérard a vu la chute des cheveux. Jacquet, Milian ont observé des plaques peladiques. M. Jacquet en particulier considère la pelade comme une lésion succédant souvent à des altérations variées, ordinairement dentaires, de la sphère du trijumeau : non seulement phénomènes douloureux, mais encore troubles inflammatoires, vasomoteurs, thermiques qui provoquent une « sommation, peladogène ». On l'observerait donc avant, pendant ou après la petite névralgie faciale. Nous n'avons pas trouvé la pelade signalée au cours de la grande névralgie. Au lieu de cette dépilation, on a parfois observé l'état contraire. Témoin l'observation bien connue de Bellingeri où la névralgie datait de 18 ans : la croissance des cheveux du côté malade était plus rapide et les poils hérissés en étaient plus durs et plus épais. Avec la disparition des douleurs les cheveux redeviennent normaux. D'autres fois on a vu un grisonnement des cheveux accompagné de modifications analogues du côté des cils et des sourcils (Anstie, Eulenburg). Bernhardt remarqua

chez un de ses malades deux plaques de cheveux et de barbe blancs.

Etudions maintenant ce qui se passe du côté des organes des sens.

Vue. — Valleix se contente de signaler la photophobie. Notta en a trouvé 18 cas dans des névralgies des deux premières branches. Quelquefois continue, elle survient d'ordinaire pendant les accès. Elle est en général, corollaire de la rougeur et du larmolement. Il existe aussi une mydriase et un myosis névralgiques. (Canstatt, Notta). Verger a fait systématiquement l'examen des pupilles : une fois il a constaté leur inégalité. En général il a vu que la réaction lumineuse et accommodative se fait bien. La réaction à la douleur fait souvent défaut, et la pupille ne se dilate pas, même lors des paroxysmes les plus violents. Notta parle des troubles divers de la vision qui peuvent d'après lui aller jusqu'à l'amaurose complète. Il dit en avoir réuni 49 cas. Il distingue ceux où la vue était simplement troublée et affaiblie (brouillards, nuages), et les amauroses vraies par « paralysie de la rétine ». Il en aurait trouvé 10 observations. Les trois qu'il cite sont bien peu concluantes : toutes guérissent rapidement et paraissent avoir évolué chez des sujets hystériques.

Les troubles trophiques des membranes oculaires ressortissent en général aux névralgies gassériennes ou à celles compliquées de zona. Du côté de la cornée, il peut y avoir opacité, ulcération, perforation. Notta signale des opacités cristalliniennes et rappelle l'observation d'un médecin militaire qui, à la

suite d'une névralgie fort douloureuse, présenta de la mydriase et une cataracte de l'œil gauche. Il insiste aussi sur la production des glaucomes, sans se prononcer sur la question de savoir s'ils sont cause ou effet des douleurs. On a aussi vu l'énophtalmie (Wepfer, Méglin) et de l'exophtalmie (Masius). Peut-être dans les premiers cas y avait-il parésie, dans le second, excitation du sympathique.

Oïorat. — A part les cas de paralysie sensitive du trijumeau, on n'a pas signalé d'abolition de la perception des odeurs. Certains malades accusent pourtant une certaine diminution de l'olfaction.

Ouïe. — Valleix signale des bourdonnements, des sifflements ou d'autres bruits anormaux. Notta dans des névralgies de l'auriculo-temporal, a vu l'ouïe plus dure. Il croit à la possibilité de la surdité. Gellé, dans les formes invétérées, a décrit la surdité névralgique, véritable glaucome auriculaire, qui d'après lui, serait due à une production exagérée du liquide labyrinthique sous des influences congestives.

Goût. — Les troubles du goût sont rares. Dans un cas de Forkle, chez une vieille femme alcoolique atteinte de névralgie, l'auteur remarqua un enduit épais et blanchâtre recouvrant seulement la moitié droite de la langue. De plus la malade pendant les accès percevait un goût métallique très prononcé.

D'autres viciations du goût peuvent exister. On a observé, par exemple, la langue noire pileuse (Wallerand). Certains sujets se sont plaints de la production de liquide salivaire salé.

DU TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS

Il y aurait un ouvrage à écrire sur la thérapeutique des névralgies faciales. Nous ne dirons rien du traitement pathogénique : il ne trouve guère ses indications que dans quelques variétés de petite névralgie : névralgies d'origine dentaire ; névralgies syphilitiques secondaires, ou tertiaires par compression gommeuse ; névralgies impaludiques ; névralgies post-traumatiques. Les soins de la bouche et le traitement des dents malades, le mercure, les sels de quinine, l'intervention chirurgicale sont spécifiques et guérissent ces variétés. Pour les autres nous sommes livrés à l'empirisme des traitements symptomatiques les plus nombreux mais aussi les moins efficaces.

Parmi les *analgésiques*, deux peuvent amener une sédation passagère : les opiacés (extrait thébaïque, morphine) et l'aconitine. Mais ils ne guérissent pas la grande névralgie faciale des neuro-arthritiques. Nous n'étudierons pas tous les autres traitements, médicamenteux, électriques, ni les interventions sanglantes périphériques ou centrales (gassériennes, pré-gassériennes). Nous nous cantonnerons seulement dans le traitement par les injections.

Le jour, où sous la bulle crevée d'un vésicatoire, on inséra quelques grains d'hydrochlorate de morphine, le principe des injections était trouvé. C'était la *méthode endermique* (Cerioli, Troussseau, Mondière, Jobert, Valleix). Il n'y avait plus qu'à inventer une seringue, qu'à avoir l'audace de traverser la peau, et la méthode des *injections hypodermiques* (WOOD, BÉHIER,) prenait naissance.

A) INJECTIONS HYPODERMIQUES

Les *sels de morphine* furent très employés au début plutôt comme palliatifs que comme agents curatifs (Béhier). On en vint bientôt aux agents chimiques plus violents et capables de modifier le nerf.

L'*acide osmique* avait d'abord été essayé en injections sous-cutanées par Delbastaille, puis Von Winiarter dans les tumeurs inopérables. BILROTH, puis NEUBER pensèrent que cette substance ayant une affinité spéciale pour la myéline, était utilisable dans les névralgies. Celui-ci l'employa dans 3 cas, 2 trigéminalgies, 1 sciatique. Il obtint des améliorations. Cependant l'auteur n'avait pas osé faire l'injection dans les troncs nerveux, mais à leur pourtour, et n'en poussait que quelques gouttes d'une solution au 1/100.

L'acide osmique est très peu toxique (Naunyn, Gmelin). EULENBURG aussi tente l'emploi de ce médicament: sur 13 cas il n'eut que trois bons résultats.

NICOLADONI l'employa dans une névralgie rebelle datant de 9 ans, et n'ayant pas cédé à de multiples interventions chirurgicales. Il fit 6 injections d'environ 2 centim. cubes d'une solution au 1/100, mais il observa des accidents de gangrène locale.

JACOBI traita 18 cas de névralgies périphériques dont 8 avec quelques succès. SCHAPIRO opéra aussi 8 névralgies du trijumeau dont 5 parurent guéries. Il recommande la solution suivante :

Acide osmique	0,1
Glycérine	4
Eau	6

12 injections sont en moyenne nécessaires. TURNER fit des injections osmiquées dans un cas. Le *sulfate de strychnine* a été très recommandé par les américains (POTTS). Les *sels de cocaïne* ont été employés en injection loco dolenti (MALHERBE). Nous passerons rapidement sur les injections sous-cutanées de *sulfate d'atropine*, de *chloroforme*, d'*ether*, d'*antipyrine* (HENLE), de *bleu de méthylène* (EHRlich) dont les résultats furent peu satisfaisants.

KIRCHSTEIN s'est servi d'*acide phénique* au 1/100°. L'*alcool*, additionné ou non de cocaïne, paraît avoir été employé pour la première fois par M. PITRES. VERGER l'utilisa pour les névralgies faciales en injections sous-cutanées ou sous-gingivales. De même Bruske, Tourtelot, Sondaz, Abadie, Cruet, Brissaud et Grenet, etc. Ils l'emploient à des concentrations variant de 50° à 80°.

B) INJECTIONS PROFONDES

B/2. *Périnerveuses*. — Dès 1873, BARTHLOW traitait la névralgie faciale par les *injections profondes de chloroforme*. En 1874 il publie sa technique. Il pousse son aiguille « au voisinage du tronc ner-

veux dont la distribution périphérique est le siège de la douleur ». Il injecte de 10 à 20 gouttes de chloroforme pur. Au moment de l'injection, survient une douleur très violente qui dure quelques minutes, et fait place à l'engourdissement et à l'anesthésie des parties voisines. Ces phénomènes persistent plusieurs jours en même temps qu'une induration apparaît au siège de la piqûre. Il obtint quelques succès. Après lui MATTISON et FOTHERGILL utilisèrent le chloroforme.

B/2. *Intra-nerveuses et intra-canaliculaires.* — On doit réserver à ce procédé le nom de *méthode de BENNETT*, parce que le premier, cet auteur inaugura une technique personnelle et employa systématiquement l'acide osmique.

Déjà avant lui, LEIPSIGER se basant sur les propriétés neurophiles de cette substance chimique, avait recommandé de l'injecter dans la substance nerveuse. Mais on n'avait pas tenu compte de cette observation très judicieuse.

BENNETT met à nu les branches nerveuses par une courte incision, et injecte dans le tronc 12 à 15 gouttes d'une solution aqueuse d'acide osmique au 1/100. Il a soin de changer l'aiguille de place à 3 reprises environ et de piquer ainsi en trois endroits différents. Parmi un certain nombre de névralgies, il en a traité 10 du trijumeau. L'amélioration puis la guérison survinrent rapidement.

Au 22 janvier 1904 voici quels étaient les résultats obtenus par le chirurgien anglais. (Son premier cas avait été communiqué en 1897) :

2 malades complètement guéris au bout de 4 ans.

2	—	—	—	—	3	—
---	---	---	---	---	---	---

3	—	—	—	—	2	—
---	---	---	---	---	---	---

2	—	—	—	—	1	—
---	---	---	---	---	---	---

2 malades morts sans récédive de causes autres
au bout de 9 et 6 mois.

2 insuccès (améliorations temporaires).

6 perdus de vue.

En 1903, puis en 1904, MURPHY recommandait la méthode de Bennett avec enthousiasme. Il a constaté que les douleurs cessaient rapidement, et dans un grand nombre de cas, pour longtemps. Il dit avoir obtenu les meilleurs résultats avec une solution un peu plus forte que celle de Bennett (1 1/2 à 2 0/0).

En outre de l'injection en plusieurs endroits du tronc nerveux au préalable découvert, il engage à pousser quelques gouttes de la solution dans l'intérieur du foramen osseux. Cette opération nécessite l'anesthésie générale. Murphy conseille d'injecter toutes les branches du trijumeau : nerfs sus-orbitaire, sous-orbitaire, lingual, mandibulaire, palatin. Quelquefois il est nécessaire de découvrir l'auriculo-temporal. L'injection dans les troncs peut se faire sans anesthésie ni incision, mais elle ne donne que des résultats incertains.

WRIGHT la même année que Murphy insistait sur les bons résultats que lui donnait le traitement de Bennett.

AUSCHUTZ, à la clinique de Von Mikulicz, pratiqua la même thérapeutique avec succès ; W. BAYCOCK en fut satisfait.

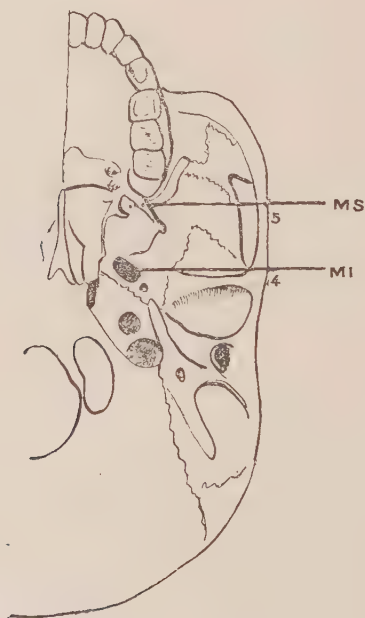
B) LES INJECTIONS A LA BASE DU CRANE

Mais ces injections profondes ne suffisent pas toujours. M. SCHLOESSER eut, le premier, l'idée de les combiner avec des injections des troncs nerveux à leur sortie des trous de la base du crâne. Il emploie comme liquide *l'alcool à 80°*. Dans sa communication au congrès d'Heidelberg, après avoir parlé de l'injection, au pourtour du facial sortant du trou stylomastoïdien, dans le tic convulsif de la face, il dit un mot de l'abord des troncs nerveux périphériques. Il n'a encore rien publié sur l'injection aux trous ovale et grand rond, bien que, comme il a eu l'obligeance de nous l'écrire à Baudouin et à moi, il les pratique depuis longtemps à sa clinique. Il en a même fait à plusieurs personnes la démonstration sur le malade et sur des pièces sèches. Il va au trou ovale par la bouche. Il emploie pour ses injections une seringue dont l'extrémité en pas de vis s'adapte à une aiguille longue ou courte de forme variable, droite, courbe, ou coudée à angles divers, suivant le point du tronc nerveux ou de ses branches qu'on veut atteindre. M. le docteur Ostwalt a le grand mérite d'avoir introduit cette méthode en France, en ajoutant une courbure de plus à l'aiguille coudée de Schloesser, dont il fit une baïonnette, et en additionnant l'alcool de cocaïne ou de [stovaine. Cet auteur a donné une bonne description de la METHODE DE SCHLOESSER.

A notre tour, Baudouin et moi, essayâmes les injections à la base du crâne. Nous nous sommes bornés à celles-ci seules, sans vouloir, pour le moment atteindre les nerfs dans leurs canaux des os de la face. Nous avons aussi quelque peu transformé le

liquide modificateur, employant d'abord de l'alcool à différents titres et y associant ensuite du chloroforme.

Pour aborder les troncs nerveux, la *voie externe* nous a paru préférable. Elle permet en effet de prendre des points de repère qui sont plus précis et plus faciles à reconnaître que par la voie endo-buccale.



Nous nous sommes surtout adressés aux deux branches inférieures du trijumeau, l'ophtalmique de

Willis étant déjà divisé en ses 3 rameaux à la sortie du crâne.

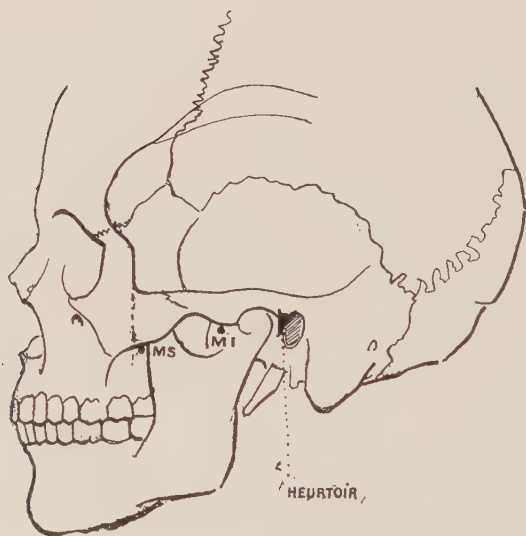
Nous avons pris comme base d'opération l'*arcade zygomatique*, après avoir disséqué soigneusement la région, et avoir pratiqué des mensurations sur 76 crânes de l'école pratique.

Nous avons été étonnés du peu de différence entre les dimensions extrêmes, même sur des crânes de conformations différentes, et nous avons pris des moyennes.

Nerf maxillaire inférieur. — Si, partant du centre du trou ovale, on tire vers l'arcade zygomatique une ligne horizontale, on remarque que cette droite passe immédiatement en avant de la racine transverse du zygoma, et par conséquent de l'articulation temporo-maxillaire. Ceci fait, prenons un compas à pointes mousses et déterminons *le point situé au ras du bord inférieur de l'arcade, à 2 cent. 5 en avant du « heurtoir » de Farabeuf*. On sait que le maître appelle de ce nom, la branche de bifurcation descendante de la racine longitudinale du zygoma. Cette arête osseuse très facile à sentir même sur le sujet revêtu de ses parties molles, se continue en bas avec le rebord antérieur du conduit auditif osseux qu'on peut toujours reconnaître. Sur un cadavre, enfonçons donc à ce niveau, normalement ou très légèrement en arrière, une aiguille. Celle-ci arrivée à 4 centimètres pénètre le tronc du maxillaire inférieur sortant du trou ovale. Dans ce trajet, sont successivement traversés : la peau et le tissu sous-cutané, les insertions zygomatiques du masséter, la partie toute postérieure du tendon temporal. L'ai-

guille croise ensuite le bord supérieur du ptérygoïdien externe, dont elle peut dilacérer les fibres les plus élevées, puis arrive au tronc nerveux qui va s'épanouir en ses branches terminales.

Nerf maxillaire supérieur. — Nous avons encore utilisé la voie sous-zygomatique, la voie sus-zygomatique nous ayant paru dans la majorité des cas im-



praticable, pour arriver au plafond de la fosse ptérygo-maxillaire où siège le tronc grand rond. Nous prolongeons verticalement le bord postérieur, toujours nettement perceptible, de l'apophyse orbitaire de l'os malaire jusqu'au bord inférieur du zygoma.

Nous nous plaçons à 1/2 centimètre en arrière de ce point, et, au ras de l'arcade, nous enfonçons l'aiguille la dirigeant légèrement en haut, de façon à atteindre le plan horizontal affleurant l'extrémité inférieure des os propres du nez, (1). Arrivée à 5 centimètres, la pointe touche le tronc du nerf maxillaire supérieur sortant du tronc grand rond, au plafond de la fosse ptérygo-maxillaire.

Il peut arriver qu'avant cette distance le mandrin bute sur un plan osseux. Si c'est aux environs de 2 centimètres, il s'agit de la pointe anormalement développée du coroné. Si c'est plus profondément, c'est qu'on se trouve sur l'aile externe de l'apophyse ptérygoïde. Dans les deux cas il suffit d'incliner légèrement en avant. Il faut cependant se méfier d'y aller par trop, de peur de tomber dans la fente sphéno-maxillaire, ce qui exposerait à la pénétration du liquide dans l'orbite, accident d'ailleurs sans grand inconvénient. Il faut, d'autre part, aller le plus haut possible pour rester au-dessus du trou sphénopala-tin qui conduit dans les fosses nasales.

C'est pour cette raison que nous avons renoncé à introduire l'aiguille au-dessus de l'arcade zygomatique. Cette voie ne permet pas, en effet, dans tous les cas, d'arriver au plafond. Il est même des crânes où l'on ne peut pénétrer par elle dans l'arrière-fond de la fosse ptérygomaxillaire. On a traversé dans ce trajet : peau et tissu cellulaire, les fibres antérieures du masséter, le bord antérieur du tendon du temporal qu'il est possible d'éviter en faisant

(1) Nous avons remarqué que ce plan coupe souvent le trou grand rond.

ouvrir la bouche. On chemine alors dans la graisse de la fosse ptérygomaxillaire où le mandrin côtoie sans les blesser les organes importants. On arrive enfin sur le tronc du nerf (1).

Nerf ophtalmique. — La première branche de la cinquième paire se divisant à l'intérieur du crâne, on ne saurait avoir la prétention d'agir sur son tronc. Des trois rameaux, le nasal n'est guère accessible, au milieu des nerfs moteurs importants qui l'entourent. Pour atteindre le frontal et le lacrymal la voie orbitaire est indiquée. Nous avons choisi la paroi externe de l'orbite, au niveau de l'extrémité inférieure de l'apophyse orbitaire externe du frontal. Enfoncée en ce point notre aiguille passe au-dessous de la glande lacrymale et suit le périoste sans intéresser ni le globe de l'œil, ni aucun organe important. A la profondeur de 35 ou 40 millimètres,

(1) M. Poirier a décrit un procédé d'abord du nerf maxillaire supérieur par voie sus-zygomatique que nous ne connaissons pas au moment où nous commençâmes nos recherches. Il avait remarqué que :

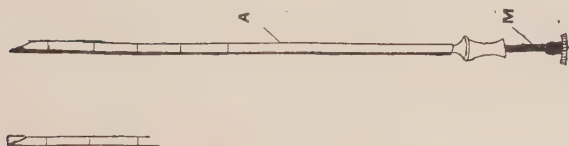
1° « Normalement le contour supérieur de la fente ptérygomaxillaire s'élève à quelques millimètres, 2 à 6 au-dessus du plan horizontal rasant le bord supérieur de l'arc zygomatomaillaire (48 fois sur 50).

2° « L'aile externe de l'apophyse ptérygoïde et la fente ptérygomaxillaire sont en moyenne à 4 centimètres de l'arcade zygomatique.

3° « Toujours la fente ptérygomaxillaire est sur la perpendiculaire à l'arc zygomatique passant par l'articulation temporo-maxillaire, c'est-à-dire à 1 centimètre en arrière de l'angle formé par l'arc zygomatique et l'apophyse orbitaire externe du malaire. »

on pousse l'injection après avoir retiré le mandrin. Il faut recommander aux malades de fermer les yeux. On éprouve quelque difficulté, en traversant l'aile externe de la capsule de Tenon, qui est très épais.

Aiguille mandrin. — Mais il y a des organes dangereux à éviter, ce sont les vaisseaux qu'on risque



de blesser. Dans l'abord du *nerf maxillaire inférieur*, on passe en avant de l'articulation temporo-maxillaire, on passe certainement au-dessus de l'artère transverse de la face, de l'artère maxillaire interne et de leurs veines. Mais il faut compter avec les anomalies ; et avec les risques plus grands de blesser l'artère méningée moyenne.

Dans l'abord du *nerf maxillaire supérieur*, où l'on chemine constamment le trajet ptérygo-maxillaire de l'artère maxillaire interne, on risque de la perforer, elle et les nombreuses branches qu'elle donne à ce niveau, et les riches plexus veineux de voisinage.

Nous nous sommes avant tout préoccupés de

remédier à cet inconvénient et avons usé d'une aiguille spéciale.

Elle se compose d'un *manchon d'acier* long de 40 centimètres, de 1 millimètre 5 de diamètre, et gradué extérieurement jusqu'à 5 centimètres à partir de la pointe. Dans cette aiguille pénètre un *mandrin* qui, poussé à fond, affleure l'extrême pointe en bec de flûte et la transforme en un corps mousse.

L'aiguille mandrin enfoncée à 4 centimètres pour le trou ovale, à 5 centim. pour le trou grand rond, cotoie et écarte sans les blesser les organes importants. Elle joue alors le rôle d'une fine sonde cannelée.

Voici comment nous procédons. Ayant soin de prendre appui sur le rebord osseux, on enfonce l'aiguille nue de 1 centim. et demi à peine c'est-à-dire en deçà de la zone dangereuse. On pousse ensuite à fond le mandrin. On avance ainsi sans danger. La partie non graduée de l'aiguille qui ne pénètre pas dans les tissus, sert d'indicateur et montre que l'on est dans la bonne direction. Arrivé à la distance voulue, on retire le mandrin. Cette manœuvre ni ne mobilise ni ne dévie l'aiguille qui, à la profondeur où nous opérons, se tient fixe comme un pieu enfoncé en terre. On abouche la seringue à l'aiguille, et on pratique l'injection qui agit d'une part sur le tronc, d'autre part sur le bouquet formé à ce niveau par l'origine de toutes les branches.

Liquides d'injection. — Nous avons originellement l'intention d'agir doublement sur le tissu nerveux non seulement par un véhicule liquide, mais encore par des corps dissous. Comme véhicules,

nous avons envisagé la possibilité de l'alcool, de l'éther, du chloroforme, de l'acétone, de la glycérine pure. Comme corps dissous, nous pensions outre la cocaïne, pouvoir adjoindre des sels de morphine, des sels de mercure (sublimé), de l'acide acétique, de l'acide phénique, du gaïacol et de la créosote. Nous avons bientôt dû abandonner les corps dissous qui n'avaient pas par eux-mêmes une action analgésique, parce qu'ils rendaient beaucoup plus douloureuse l'injection.

Nous avons essayé expérimentalement différentes substances avant de les employer.

L'alcool même absolu, en injections intraveineuses s'est montré constamment inoffensif.

Le chloroforme dans les veines nous a donné des accidents à la dose de 4 centimètre cube, chez le lapin. Sous la peau, il n'a jamais entraîné la mort.

L'acétone anhydre s'est montrée très toxique et énergiquement coagulante.

Nous nous sommes arrêtés en fin de compte à l'alcool cocaïné ou non, pur ou associé à une très petite quantité (4 gouttes de chloroforme par centimètre cube).

Nous avons essayé, sans trouver d'avantage marqué, d'y dissoudre du sublimé, de l'acide phénique au 1/100°. La crainte de phénomènes nécro-sants nous a empêché d'utiliser l'acide osmique.

Technique de l'injection. — La position de choix à donner au malade pour l'injection aux trous ovale et grand rond consiste à faire placer la tête à plat sur un traversin peu élevé, le patient étant naturellement couché. Pour l'injection intra-orbitaire l'oc-

ciput reposera naturellement sur le plan du lit ; du reste nous n'avons eu l'occasion de la faire que 2 ou 3 fois, en raison de la rareté de la grande névralgie localisée à la première branche.

On aseptisera soigneusement le territoire cutané où s'opérera la piqûre. Il sera bon aussi de pratiquer une anesthésie superficielle soit avec des pulvérisations de chlorure de méthyle, soit avec une solution aqueuse de cocaïne.

La piqûre en elle-même est peu douloureuse. Cependant, le plus souvent, lorsqu'on arrive sur le tronc nerveux, le malade accuse une douleur irradiée dans le territoire correspondant : mâchoire supérieure et parties latérales du nez pour le maxillaire supérieur ; moitié de la mâchoire inférieure et de la langue pour le maxillaire inférieur. L'injection doit être poussée très lentement. Cela fait, il est bon d'attendre 15 à 20 secondes avant de retirer l'aiguille. Celle-ci enlevée, il s'écoule en général quelques gouttes de sang. L'application d'une boulette d'ouate imprégnée de teinture de benjoin arrête cette très légère hémorragie et constitue le pansement. Il tombe de lui-même au bout de deux ou trois jours.

Il n'y a pas de cicatrice.

Environ de deux à cinq minutes après l'intervention, le sujet doit accuser une sensation de durcissement, d'enflure, puis d'engourdissement dans le territoire du nerf injecté. Il arrive quelquefois qu'on détermine une *anesthésie complète qui peut persister longtemps*. Pour le maxillaire supérieur cette anesthésie occupe la région sous-orbitaire, une partie de la joue, la moitié de l'arcade dentaire

et de la voute palatine correspondante, la face interne de la joue. Dans les injections bien faites du maxillaire inférieur l'hypo ou l'anesthésie si ègent à la partie inférieure de la face, la moitié de l'arcade dentaire inférieure et de la langue du même côté. Le territoire anesthésié de l'ophtalmique comprend toute la région sus-orbitaire et remonte très haut sur le cuir chevelu. D'ordinaire l'injection est suivie pendant quelques heures d'une exacerbation des douleurs. On en prévient le malade.

Il survient aussi dans la région de la piqure un oedème léger et passager et, surtout dans les injections du nerf maxillaire inférieur, on observe une certaine difficulté à ouvrir la bouche.

Nous injectons 1 à 2 *centimètres cubes* d'alcool cocaïné ou non à *titres progressivement croissants* : 70°, 80°, 90°; puis nous reprenons ces différents titres après avoir ajouté quatre gouttes de chloroforme anesthésique par centimètre cube. L'expérimentation sur l'animal nous a démontré que ces substances sont inoffensives aux doses où nous les employons, même en injections intraveineuses. Il faut en général de 6 à 8 injections (1) qu'on peut espacer tous les trois ou quatre jours. C'est la tolérance du malade qui réglera et ces délais et le titre de la solution.

L'expérience nous a montré qu'il est souvent nécessaire d'injecter au moins deux branches du trijumeau. En cas de névralgie du maxillaire infé-

(1) Actuellement notre technique étant mieux réglée nous comptons de 4 à 5 piqures en moyenne.

rieur, il est bon d'y associer le maxillaire supérieur de même pour l'ophtalmique. Dans les névralgies du maxillaire supérieur nous injectons aussi la 3^e branche. Ce fait cadre bien avec les données cliniques qui montrent que la névralgie faciale s'étend en général à plusieurs branches, une des localisations étant simplement prédominante.

L'injection doit-elle être faite seulement au contact du nerf ou dans son intérieur, le cordon nerveux une fois piqué ? Il est préférable de piquer légèrement le tronc dès qu'on est arrivé sur lui, encore que le névrillemme se laisse bien pénétrer par les agents caustiques violents, l'alcool et le chloroforme. Comment agissent ces substances ? Les expériences que nous avons entreprises et qui ne sont pas terminées, semblent bien démontrer qu'il ne se produit pas une simple névrite irritative, mais dégénérative plus ou moins complète. Nous n'avons jamais observé à proprement parler d'accidents. Nous avons actuellement pratiqué nos injections sur 20 malades et n'avons vu à la suite que 2 fois une parésie transitoire du moteur oculaire externe, apparue immédiatement après la piqûre, et qui rétrocéda totalement au bout de quelques jours.

Parmi nos malades, 7 ont été perdus de vue ou ne se sont laissé faire qu'une piqûre. 10 ne souffrent plus actuellement. Un de nos patients qui a présenté une récurrence beaucoup moins douloureuse que la maladie primitive, est actuellement très amélioré. Un autre dont le tic a récidivé à l'occasion d'une grippe, n'a plus rien ressenti après deux nouvelles injections.

Parmi nos sujets, plusieurs avaient subi sans succès, deux d'entre eux-même sans la moindre rémission, des interventions chirurgicales périphériques (résection alvéolaire, arrachement du nerf dentaire inférieur, du maxillaire supérieur), et dans un cas, la résection du ganglion cervical supérieur sympathique. 3 malades sont actuellement en traitement.

Notre cas de guérison le plus ancien datant de cinq mois et demi (fin octobre 1905), nous pouvons avoir la prétention de considérer, dès à présent, nos malades comme définitivement guéris.

La méthode des injections à la base du crâne est trop récente, d'une part, et d'autre part la clinique nous montre des rémissions spontanées et des récides trop fréquentes de la maladie, pour que nous osions tirer des conclusions définitives.

En tout cas le procédé que nous avons décrit mérite, par sa simplicité et sa facilité jointes à son absence de danger, d'être essayé. Il pourra, dans les mains des praticiens exercés, donner de bons résultats.



CONCLUSIONS

A) Il existe trois formes de névralgies de la face :

1° La *petite névralgie faciale* ;

2° La *grande névralgie faciale* ;

3° La *névralgie des plexus de la face* ou *névralgie d'emprunt du nerf facial*.

B) La *petite névralgie faciale* dont l'étiologie est banale, s'attaque à tous les individus. Elle se caractérise par des douleurs permanentes, entrecoupées d'accès paroxystiques. On retrouve toujours, et exclusivement dans cette forme, les points douloureux de Valleix.

C) La *grande névralgie faciale* n'évoluant que sur certains terrains neuroarthritiques (surtout migraineux) se juge par des crises douloureuses dans l'intervalle desquelles le malade ne souffre pas. La coïncidence de troubles neurotrophiques est la règle.

D) La *névralgie d'emprunt du nerf facial*, existant rarement isolée, fait d'ordinaire partie du cortège clinique des affections de la septième paire (paralysies, spasmes).

E) Le traitement par les *injections aux trous de*

la base du crâne, de la névralgie faciale rebelle (en particulier du tic douloureux) semble devoir donner des résultats satisfaisants.

Vu : le Président de la thèse,
RAYMOND.

Vu : le Doyen,
M. DEBOVE.

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Université de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- Allan.** — Facial neuralgia due to a hair irritating the membrana tympani. 1901 Brit. med., I. t. I, p. 395.
- André.** — Observat. pratiques sur les maladies de l'urèthre, et sur plus. faits convulsifs, et la guérison de plusieurs maladies chirurgicales, avec des principes qui pourront servir à employer les différents caustiques. Paris, 1756.
- Anschütz.** — T. de la névralgie faciale, LXXVI, Verein Deutsch. Naturf. u. Aerzte in Breslau, 18-26 sept. 1904.
- Anstie.** — Neuralgia and the diseases that resemble it. London, 1871.
- Arloing et Tripier.** — 1. Recherches sur la sensibilité des tég. et des nerfs de la main. Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 1869. — 2.) Des conditions de la persistance de la sensibilité dans le bout périph. des nerfs sectionnés. Arch. de physiol. norm. et pathol. Paris, 1876, p. 105.
- Axenfeld.** — Traité des névroses. 2^e édit., revue et annotée par H. Huchard, 1883.
- Benichou.** — Contrib. à l'étude des név. fac. d'origine dentaire. The. Paris, 1903.
- Bennett.** — On the treatment of certain forms of neuralgia by the injection of osmic acid., 1899, The Lancet, vol. 2, n° 19.
- Ballet.** — La névr. fac. épileptiforme et son t^l. Bulletin méd. 29 mars 1899, p. 299.
- Bausch (L.)** — Miscell. acad. natur. curios. Déc. I, an II.
- Bartholow (R.)** — On the deep injection of chloroform for the relief of tic douloureux. The Practitioner 1874, July p. 9.
- Beau.** — Recherches clin. sur l'anesthésie suivies de quelques considérations physiol. sur la sensibilité. Arch. gén. de méd. 1848, janvier p. 5.
- Behier.** — Sur le traitement des névralgies et d'autres affections par les injections médicamenteuses sous-cut. Acad. de méd. 21 juin 1859.

- Béhier et Hardy.** — Pathol. int., t. III, p. 759.
- Bellingeri.** — 1. Diss. inaug. de nervis faciei: quinti et septimi nervorum paris functiones Augustæ Taurinorum 1818. — 2. Recherches sur les névralgies de la face. *Annali universali di medicina*. Milano, avril 1834, t. LXX. Anal. in *arch. de méd.*, sept. 1834, t. 2, p. 88 (2^e série, t. 6).
- Bérard.** — In Dict. de méd. ou répertoire général des soc. méd., etc. Paris 1835, t. 12. Art. névralgie fac. 555.
- Cl. Bernard.** — Leçons sur la physiol. et pathol. du syst. nerveux.
- Bernhardt.** — Die Erkrankungen der periph. Nerven. Wien 1897, in Nothnagel's speziell pathol.
- Bettremieux.** — Guérison d'un cas de tic douloureux de la face. *Arch. d'ophthalmol.* 1897, sept.
- Blix (M).** — Experimentelle Beiträge zur Lösung der Frage über die spezifische Energie der Hautnerven. Upsala lakarefören förhandl; ref in Schmid's Jahrbüchern.
- Böenneken.** — Ein Beitrag zur aetiol. der Trigeminus neuralgie. Berl. Klin Wochenschr 1893, n^o 44.
- Brissaud.** — In traité de méd. Brouardel Gilbert, t. X, p. 688.
- Brown-Séguard.** — 1) In journ. de la physiol. de l'homme et des animaux. vol. VI 1863-65, p. 124, 232, 581. — 2) Nouvelles recherches sur le trajet des diverses espèces de conducteurs d'impressions sensibles dans la moëlle épinière. *Archives de physiol.* 1868, p. 610, 716, 1869, p. 236, 693.
- Carrière.** — Des tr. nerv. periph. d'orig. tub., Th Bordeaux 1894.
- Cartaz.** — Des névralgies envisagées au point de vue de la sensibilité récurrente, (pathog. et trait.) Th. Paris 1875.
- Chaponnière.** — Essai sur le siège et les causes des névralgies de la face, Th. Paris 1832.
- Chaussier.** — Table synopt. de la Névralgie, Paris an XI, §§ 1, 2 et 3.
- Coutrads (A.)** — Ueber Neuralgien und ihre chirurgische Behandlungen 1889, Inaug Dissert. Bonn.
- Cruet.** — Hygiène et thérapeutique des maladies de la bouche. Paris 1899.
- H. Cushing.** — The surgical aspects of major neuralgia of the trigeminal nerve. (a report of twenty cases of opera-

- tion on the Gasserian, etc.). — 1904, the J. of the Amer. med. Associat. 11, 18, 22 mars et 1^{er} avril 1905.
- Dana, Ch.** — Natural history of tic douloureux with remarks on treatment. J. of. am. méd. ass. March. 5, 1900, p. 1100.
- Demaillasson.** — Les injections analgésiantes loco dolenti dans les névralgies périphériques. Th. Paris 1905.
- Dervaux.** — Névralgie du maxil. infér. ; Gaz hebdom. de méd. 1901, n° 51. p. 612.
- Dupl.** — ives gén. de méd. 1886. — 2. Névralgie faciale, névralgie des édentés. Gaz. des hôp., 3 avril 1894, p. 337.
- Dieulafoy** — 1. Man. de path. int. ; 2. Cliniq. de l'hôtel-Dieu. 1898-99, p. 299.
- Duval.** — Observat. sur quelques affect. doul. de la face considérées dans leurs rapp. avec l'organe dentaire. Paris 1814
- Eloi.** — Art. douleur. Dict. Dechambre.
- Erb.** — In Handbuch der speciellen pathol. und therapie, t. 12, p. 92. Leipzig 1874.
- Eschricht** — De functionibus septimi et quinti paris nervorum in facie propriis. Copenhague 1825. Ref in j. de physiol. expériment 1826, t. VI, p. 228.
- Eulenburg.** — In Handbuch der speciellen pathol. und therapie. Leipzig 1874, t. 13.
- Eulenburg.** — Zur Osmiumsäurebehandlung der peripheren neuralgien. Berl. Klin Woch 1884, n° 7.
- Féré.** — 1. Note sur la névralgie épileptique de la face. Rev. de méd. 1892, p. 497. — 2. La famille névropathique. Paris 1894.
- Ferrier.** — Des névralgies réflexes d'origine dentaire, Th. Paris 1884.
- Fodera.** — Rech. expériment. sur le syst. nerv. et la 5^e paire. Journ. de physiol. expériment. 1823, t. II, p. 207.
- Foussagrives.** — Arch. gén. de méd. 1856, 5^e série.
- Fothergill (G.).** — Of a painful affection of the face (in a complete collection of the medical and philosophical work of). London 1782. — In med. obs and qui. Vol. V, n° 49. London 1776, p. 129.
- Fournier.** — Traité de la syphilis. 1899, t. I.
- Franck (J.-G.).** — Dissertatio sistens delineationem anat.

- physiol. et pathol. consensns nervi trigemini. Iena 1799.
- Frank.** (J.) — *Prax med. praecept*, t. IV.
- Fredericq.** — Y a-t-il des nerfs spéciaux pour la douleur? *Revue scientif.*, 5 déc. 1896.
- Frey** (M. Von). — 1. Beiträge zur physiol. des Schmerzsinn-
nes 1894. — 2. Beiträge zur Sinnes physiologie der Haut
1895. — Die Gefühle 1895, Leipzig. — 4. Untersuchungen über
die Sinnesfunctionen der menschlichen Haut. Druckemp-
findung und Schmerz.
- Gilles de la Tourette.** — 1. Notes sur quelques pa-
roxysmes hystériques peu connus. Attaques à f. de névr.
fac. 1891. *Progr. méd.*, n° 31. — 2. In Th. Artières,
Paris 1891. — 3. Diagnostic et t¹ du tic douloureux de la
face et de la migraine. *Sem. méd.* 1896, p. 269. — 4. *Sem.*
médicale, 1901.
- Gillet.** — Etude sur le tic douloureux de la face. Pathogénie,
origine périphérique et dentaire. Th. Paris 1903.
- Gintrac.** — Art. Face (pathol.) *Dict. Jaccoud*.
- Goldscheider.** — 1) Neue Beobachtungen über die Haut
sinnesnerven, 1885, *Arch. f. Physiol.* — 2) Ueber verlang-
samte Leitung der Schmerzempfindung, 1890, *Deutsche*
med. Woch. — 3) Ueber die Summation von Hautreizen,
1890, 21 nov. *Verhandl. d. physiol. Gesell. zu Berlin.* —
4) Ueber den Schmerz in physiologischer und klinischer
Hinsicht, Berlin, 1894. — 5) *Gesammelte Abhandl. I. Phy-*
siol der Hautsinnesnerven. Leipzig, 1898.
- Grasset et Rauzier.** — *Traité prat. des mal. du syst.*
nerv., 4^e édit., t. II, Paris. 1894.
- Gros et Lancereaux.** — Affections nerveuses syphiliti-
ques. Paris, 1861.
- Gross.** — Form of neuralgia of the jawbones hitherto undes-
cribed; *Amer. I. of the med. sc.* July, 1870.
- Gubler.** — Névralgie réflexe, plus tard anesthésie du triju-
meau en rapport avec une névrite du facial et une paraly-
sie incomplète du côté correspondant de la face. *Gaz. méd.*
de Paris, 1864, p. 743.
- Guéneau de Mussy.** — *Clin. méd.* Paris, 1875, t. II, p. 167.
- Halliday.** — Considérations pratiques sur les névralgies de
la face. Paris 1832.

- J. Henle.** — Handbuch der rationellen pathologie. Braun
schweig 1833, II, § 130.
- Herrouet.** — De la névralgie syphilitique du trijumeau,
Th. Paris 1903.
- Imbert Gourbeyre.** — Note sur l'influence étiologique
de la rougeole sur les névralgie de la face. Annales méd.
de la Flandre occident. 1837, 5^e livraison.
- Ioteyko.** — Le sens de la douleur, rapp. au 1^{er} congrès
belge de neurolog et de psych., Liège, 28-30 sept. 1903.
- Ioteyko et Stefanowska.** — 1) Recherches algésimétri-
ques, Bruxelles 1903. — 2) Asymétrie dolorifique. Soc.
belge de neurolog 1903, 28 mars in J. de neurolog.
- Jaccoud.** — Traité de pathol. int. 6^e édit. 1879 t. I. p. 563.
- Jacquet.** — 1) Pelade et lés. dent. — Ann. de dermat. et sy-
phigr. Paris, 1900, p. 151 153. 2) Soc. de Dermatol et de
syphilg., 6 fév. 6 mars 1902. — 3) Zona ophtalmiq. et névr.
fac. sans paralysie due à Kl. Soc. méd., hop 6 mai 1898.
— 4) Par. douloureuse de VII avec *herpeszoster* de l'oreille.
Soc. méd. des hop. Paris, 13 mai 1898.
- Jarre.** — Acad. de méd. 1893 et Rev. de stomatol 1894.
- Jobert** (de Lamballe) — Etudes sur le système nerveux.
Paris 1838.
- Jourdanne.** — Des névralgies d'origine paludéenne, Th.
Paris 1902.
- Kirchstein.** — Zur Behandlung der Neuralgia supra und
infra orbitalis. Allegum. méd. centr-Zeit 1890 n° 30.
- Klippel et Lefas.** — Crises hypersécrétoires dans le tic
douloureux de la face. Soc. biol. 20 fév. 1895.
- F. Krause.** — Die Neuralgie des trigeminus. Leipzig, 1896.
- Lachnit.** — Beiträge zur Lehre von der Neuralgien, 1890.
Inaug Dissert, Göttingen.
- Lancereaux.** — Lés. du gangl. de Gasser anesthésie de la
face et fente purulente de l'œil. Clin. Méd. 1882, p. 273.
- Landry.** — Recherches physiol. et pathol. sur les sensations
tactiles; Arch. gén. de méd. 1853, t. XXIX, p. 207; t. XXX.
p. 28.
- Lermoyez.** Cause et t^e d'une név. fac. due à la galvano-
custie de la patuit. Ann. des mal. de l'or. et du larynx.
1901, p. 289.

- F. Lévy et A. Baudouin.** — Presse méd., 17 fév. 1906.
- Long et Egger.** — Contribut. à l'étude des paralysies du trijumeau chez l'homme. Archives de physiol. 1897, p. 305-920.
- Longet.** — 1) Traité d'anat. et de physiol. du syst. nerv., t. II. Paris 1842, p. 9. — Traité de physiol. 3^e édit., t. 3. Paris 1869, p. 484.
- Magendie.** — 1); Journ. de physiol. expériment., 1824, t. VI, p. 172, 176, 302. 2); leçons sur les formes et les mal. du syst. nerv., t. II, p. 103, 1839.
- Mantegazza.** — La physiologie de la douleur, Paris 1888.
- Marchal (de Calvi).** Mémoire sur la paralysie de la 3^e paire consécutive à la névralgie de la 5^e. Bull. de l'acad. de méd. 7 oct. 1845. Archives gén. de méd. 1846, t. XI, p. 261.
- Marrotte.** — Mém. sur les névralgies périodiques, Nov. 1852. Arch. gén. de méd. p. 257, 406.
- Masius.** — Beitrage zu einer kunft monographie des Gesichtschmerzes; Heckers, liter annal 1826.
- Mattison.** — An [aggravated case of] trie facial neuralgia successfully treated by the deep injection of chloroform. Méd. record, 1874.
- Herbert Mayo.** — Experiments to determine the influence of the portio dnra of the seventh and the facial branche of the fith paric of nerves. Anatomical and physiol. Ceni mentaries n° 4, London, 1822, rep. in Journ. de physiol. experiment 1823, t. 3, p. 346.
- Meglin.** — Rech. et obs. sur la névralgie faciale. Strasbourg 1816.
- G. Milian.** — Les névralgies syphilitiques du trijumeau, arch. gén. de méd. 1903, t. 2, p. 1742.
- Monneret et Fleury.** — Compend. de méd. prat., Paris 1834, t. 3, art. Face.
- Moos.** — Ein Fall ven Neuralgie hauptsachlich im Bereiche der zweiten trigemginusastes durch Exostosenbildung im ausseren Gehorg. bedingt. Berl. Klin. Woch, 1884, n° 8.
- Murphy.** — 1) Trigeminal neuralgia treated by intraneural injections of osmic acid 1903. J. of the amer med. Associat 22 août, p. 496. — Osmic acid injections for relief of trifa-

- cial neuralgies 1904. Journ. of the Amer med. Assiat. 1^{er} oct. 1904 p. 947 ; 8 oct. p. 1051.
- Naunyn.** Ueber die Auslösung von Schmerzempfindungen durch Summation sich zeitlich folgender sensibler Erregungen. Arch. f. experiment. Pathol. imd Pharmacol. 1889, t. XXV.
- Neuber.** — Ueber osmiumsüure injection bei peripherer neuralgien. Mittheilungen aus der Tübinger Klinik, 1884.
- Neucourt.** — 1^{er} mém. — De la név. fac. et de la névralgie du cuir chevelu. Arch. gén. de méd. (juin 1849), p. 162.
2^e mém. — De la név. fac., de ses rapp. avec la carie dentaire. Arch. gén. de méd. (oct. 1853), p. 385 ; (déc. 1853), p. 691 ; (1854), p. 194 ;
- Max Nonne.** — Syphilis und nervensystem Berlin, 1902.
- Nothnagel.** — 1) Trophische Störungen bei neuralgien. Arch. f. Psych, 1869, II, 629. — Schmerz und cutane sensibilitä Störungen. Virchow's. Arch. 1872, Bd LIV, p. 121.
- Notta.** — Mém. sur les lés. fonctionnelles qui sont sous la dépendance des névralgies. Arch. gén. de méd., 1854, juillet, p. 3, 290.
- Ostwalt.** — 1) Acad. de méd. du 30 mai 1905 ; 2) Traitement des névralgies rebelles par les injections profondes d'alcool. Presse méd., 16 déc. 1905.
- Ouspensky.** — *Essai sur la pathogénie des névralgies.* Deutches' Arch. f. Klin, méd. 1876, XVIII ; Progrès méd. 1876, p. 622.
- Perroud.** — De quelques phénomènes nerveux survenant dans le cours de la phthisie pulmonaire. Lyon, médical, 1872, p. 6, 160, 230.
- Pierret.** — Essai sur les symptômes céphaliques de tabes dorsalis. Th. Paris, 1876.
- Pitres.** — 1) Des zones hystérogènes et hypnog. ; des attaques de sommeil. Bordeaux, 1885. — 2) 13^e Congrès internat. de méd. Paris, 1900. Comptes rendus de Neurol, p. 592 ; diagn. du siège des excitat. algésiogènes dans les névralgies par les injections de cocaïne. — 3) Lymphocyt. du liq. céph. rach., dans 3 cas de névralgie du trij. Soc. biol. 19 fév. 1904, p. 270.
- Pitres et Vaillard.** — Traité Brouardel Gilbert, t. X.

- Poirier.** — Nouveau procédé pour la résection du n. maxillaire sup; Soc. de chir., 12 avril 1899.
- Pujol.** — Essai sur la maladie de la face nommée le tic douloureux, etc. Paris, 1787.
- Putnam.** — The relation between trigemin. Neur. and Migraine. The I. of nerv. and mental diseases. March, 1900, p. 129.
- Rennes.** — Observat. et réflex. sur 32 cas de név. front. recueillies dans l'espace de 15 mois à Bergerac. Arch. gén. de méd., 1836, t. XI.
- Ch. Richet.** — 1) Recherches expérimentales et cliniques sur la sensibilité. Th. Paris, 1877; 2) Etude biologique sur la douleur. (III^e Congrès de Psychol. de Munich et Rev. scientif. 1896, 22 août); 3. Art. *Douleur* du dict. de physiol., t. V.
- Rigal.** — Causes et pathogénie des névralgies. Th. d'agrégat., Paris, 1872.
- Romberg.** — Neuralg. nervi V, specimen, Berol, 1840.
- Romberg.** — Zur Kritik der Valleix' schen Schmerzenpunkte, in neuralgien. Arch. f. Psych., 1868, I p. I.
- Sandras et Bourguignon.** — Traité prat. des mal. nerveuses, Paris, 1860, t. II, p. 4.
- Sauvages.** — Nosol, method., t. I, 1768.
- Schapiro (B.-H.).** — Die Behandlung, von Neuralgien mit Injection Petersb. medicinisch Wochensch, 1885, n° 26-27.
- Schiff.** — Über die Function der hintern Stränge des Rückenmarks, in Mém. 262-275.
- S. Sewill.** — Brit méd. J, Janvier, 1897, 2 cas de név. de V et trismus associés à la chute des dents. in Arch. Neurol.
- Sieblod.** — Doloris faciei morbi rarioris obs. illustr. adumbratio. Diatribe], Wirceburgi 1795; diatribe II, 1797.
- Schlösser (München).** — 1) Heilung peripherer Reizzustände sensibler und motorischer Nerven, 31^e Versaml. der ophthalmologisch Gesellsch. Heidelberg, 1903. — 2) Zur Behandlung der Neuralgien durch Alkoholeinspritzungen. Berl. Klin. Wochenschs, 1906, n° 3.
- Testaz.** — De la paralysie fac. douloureuse. Th. Paris 1837
- Thomas.** — La migraine. Paris, 1887.
- Thouret.** — Mém. sur l'affection particulière de la face, à laquelle on donne le nom de tic douloureux. Mém. de la Soc. de méd., années 1782-1784, p. 204.

Tomes.

Trousseau. Clin méd. de l'hôtel Dieu, t. II, p. 121, 393.

Vaissade. — De la névralgie fac. des tuberculeux. Th. Lyon, 1902.

Valleix. — 1) Traité des névralgies ou affections douloureuses des nerfs. Paris-Baillière, 1841. — 2) Guide du médecin praticien, t. 4.

C. Van Lair. — Les névralgies, leurs formes et leur traitement. Bruxelles, 1866.

Van Swieten. — Comment. in aphorism. Boerhawi, § 757.

Verger. — Essai de classification de quelques névralgies faciales par les injections de cocaine locodolenti. Revue de méd., 1904, p. 34, 134.

Vulpian. — 1) Leçons sur la physiol. gén. et comp. du syst. nerv., 1866. — 2) Leçons sur l'appareil vasomoteur, 1875. — 3) Préf. de la trad. fr. du livre de Weir Mitchell:

Verneuil. — Des névralgies traumatiques secondaires précoces. Arch. gén. de méd. Novembre et décembre 1874, pp. 528-679.

Wright. — Notes on the treatment of neuralgia by injection of osmic acid., 1904. Méd. Chronicle-Février, p. 291.

Zambaco. — Des affections nerv. syphilit. Paris 1862, p. 137.

Zimmern. — Sur quelques particularités cliniques de la névr. fac. et son traitement par l'électricité. Arch. de neurol. 1903, p. 237 et 335.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
HISTORIQUE	3
DÉFINITION.	10
ETIOLOGIE	11
PETITE NÉVRALGIE FACIALE.	22
GRANDE NÉVRALGIE FACIALE.	43
NÉVRALGIE DES PLEXUS DE LA FACE ET DU NERF FACIAL.	54
PATHOGÉNIE	70
De la douleur en général	70
<i>Ses conditions.</i>	72
<i>Sa nature</i>	86
<i>Ses causes</i>	92
La douleur névralgique	95
<i>Théorie centrale</i>	96
<i>Théorie périphérique</i>	100
SYMPTOMATOLOGIE	106
Petite névralgie faciale.	107
FORMES CLINIQUES.	114
<i>A. Név. fac. dent.</i>	115
<i>B. Név. fac. palud</i>	122
<i>C. Név. fac. syphilitique.</i>	127
<i>C' Név. fac. tabétiques.</i>	134
<i>D. Név. fac. des tuberculeux.</i>	140
<i>E. Név. fac. infectieuses rares.</i>	141
<i>F. Név. fac. des intoxications.</i>	142

	Pages
Grande névralgie faciale.	143
FORMES CLINIQUES.	151
A. Név. fac. arthritique	151
B. Név. fac. néuroarthritique	163
C. Név. fac. des nerveux.	175
D. Név. fac. hystériques.	184
E. Név. fac. des édentés.	188
Névralgie des plexus de la face et du nerf facial.	192
Les signes inconstants des névralgies faciales	199
DU TRAITEMENT PAR LES INJECTIONS.	218
<i>Injectious superficielles.</i>	219
<i>Injectious profondes.</i>	220
<i>Injectious à la base du crâne</i>	223
CONCLUSIONS.	237
BIBLIOGRAPHIE.	239